

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Complicaciones anestésicas postoperatorias en cirugía ambulatoria. Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala, julio 2017.

TESIS DE GRADO

ANDREA MARÍA LETONA JEREZ
CARNET 12927-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Complicaciones anestésicas postoperatorias en cirugía ambulatoria. Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala, julio 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
ANDREA MARÍA LETONA JEREZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
LIC. ALICIA LUCRECIA PÉREZ RAMIREZ DE REICHE

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. MIGUEL ALEJANDRO VELÁSQUEZ LARA
LIC. ROBERTO GIOVANNI MARTINEZ MORALES
LIC. ROCAEL ENRÍQUEZ CENTES



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 17 de julio de 2017

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **COMPLICACIONES ANESTÉSICAS POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA AMBULATORIA HOSPITAL DE DÍA, HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, JULIO 2017** del estudiante **Andrea María Letona Jerez** con **carne N° 1292711**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Dra. Alicia Lucrecia Pérez R.
Anestesiología
Col. 10017

Dra. Alicia Lucrecia Pérez Ramírez
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)

Cc/

- Archivo
- Gestor Académico de FCS



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09773-2017

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANDREA MARÍA LETONA JEREZ, Carnet 12927-11 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09739-2017 de fecha 23 de agosto de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Complicaciones anestésicas postoperatorias en cirugía ambulatoria. Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala, julio 2017.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 29 días del mes de agosto del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarme en mi camino, me ha enseñado a aprender de mis errores y a intentar no cometerlos otra vez, por su amor y protección.

A mi mamá, María Teresa Jerez, sin ti no sería la persona que soy hoy, me has guiado y acompañado en todo el camino, gracias por los desvelos, consentirme y apoyarme en cada una de mis ideas y sueños, por tus enseñanzas, por ser mi ejemplo y por darme tanto amor.

A mis abuelos, Celia Letona Fonseca y Manuel Francisco Jerez[†], por ser un ejemplo en mi vida, pilares fundamentales mientras crecía y acompañarme en mi camino siempre que pudieron.

A mis tías, por su cariño, apoyo incondicional, por preocuparse y por estar pendiente de mí, por ser en muchas ocasiones unas segundas mamás para mí.

A mis primos, porque son como mis hermanos y sin ustedes mi vida no sería la misma, no solo por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida sino por toda la felicidad y aventuras que hemos pasado.

A mis amigos, por formar parte de mi vida, por su apoyo y motivación, por hacer este viaje más divertido y recordarme que la vida está llena de pequeños y grandes momentos.

RESUMEN

Antecedentes: La cirugía ambulatoria ofrece un tiempo de recuperación más rápido, disminuyen los costos de atención, una menor alteración en las actividades cotidianas del paciente, disminuye el riesgo de infección nosocomial, no necesitan ingreso hospitalario al ser dados de alta en el mismo día. Algunas complicaciones postoperatorias requieren que el paciente sea hospitalizado para tratamiento, mientras que otras se asocian a incomodidad.

Objetivo: Identificar en la Unidad de Reanimación Post Anestésica, las complicaciones anestésicas postoperatorias en cirugía ambulatoria mayor.

Diseño: Descriptivo, prospectivo observacional.

Lugar: Hospital de Día del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Materiales y Métodos: Se examinó y entrevistó a pacientes en la unidad de recuperación post anestésica, quienes fueron sometidos a una cirugía mayor ambulatoria con anestesia general o un bloqueo regional, para determinar la presencia de complicaciones anestésicas.

Resultados: Se evaluaron y entrevistaron un total de 30 pacientes, incluyó a 21 mujeres (70%) y a 9 hombres (30%), de los cuales 16 mujeres (76%) y 5 hombres (56%), presentaron alguna complicación anestésica. Presentando complicaciones anestésicas siendo de estado ASA I 12 pacientes (63%) y ASA II o III, 9 pacientes (82%). Las complicaciones más frecuentes bradicardia (30%), cefalea, mareo (20%), y náusea (17%).

Conclusiones: Las pacientes femeninas presentan mayor frecuencia de complicaciones anestésicas, el estado físico ASA II y III aumenta la presentación de las mismas, las complicaciones anestésicas más frecuentes son bradicardia, cefalea, mareo y náusea que tienden a relacionarse a los fármacos utilizados para la anestesia general y sedación que son el fentanilo y anestésicos inhalatorios.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1. Cirugía Ambulatoria.....	2
2.1.1 Cirugía mayor ambulatoria.....	2
2.1.2. Cirugía menor ambulatoria.....	3
2.2. Anestesia.....	3
2.2.1. Tipos de anestesia	3
2.2.1.1. Anestesia general	4
2.2.1.2. Anestesia locorreional – Bloqueos –.....	4
2.3. Preoperatorio.....	4
2.3.1. Valoración de la situación clínica.....	5
2.3.2. Premedicación.....	5
2.4. Estado de ASA	5
2.5. Complicaciones anestésicas postoperatorias.....	6
2.5.1. Complicaciones de la Anestesia General.....	6
2.5.2. Complicaciones del Bloqueo Medular	7
2.6. Tratamiento	7
2.6.1. Tratamiento del dolor postoperatorio	7
2.6.2. Tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO).....	8
3. OBJETIVOS	9
3.1. Objetivo General.....	9
3.2. Objetivo Específico.....	9
4. MATERIAL Y MÉTODOS	9
4.1. Diseño del Estudio.....	9
4.2. Unidad de Análisis.....	9
4.3. Población.....	9
4.4. Muestra	9
4.5. Criterios	9
4.5.1. Criterios de Exclusión	9

4.6.	Definición y operacionalización de variables	10
4.7.	Instrumento.....	19
4.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	19
4.9.	Procedimiento.....	19
4.10.	Alcances y límites de la investigación	20
4.11.	Aspectos éticos de la investigación.....	21
5.	RESULTADOS	22
6.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
7.	CONCLUSIONES	31
8.	RECOMENDACIONES.....	32
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	33
10.	ANEXOS.....	34

1. INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria se ha consolidado en los sistemas sanitarios como un modelo de gestión que aporta múltiples ventajas, permite tratar de forma segura y eficiente a pacientes seleccionados sin necesidad de contar con una cama de hospitalización convencional, ya que los pacientes pueden volver a su domicilio el mismo día de la intervención, sin generar estancia hospitalaria, evitando así los costos derivados del ingreso hospitalario y es trascendente en la sostenibilidad del sistema sanitario. (1)

La realización de procesos quirúrgicos con anestesia general, regional o local con sedación, requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta en el mismo día de la cirugía si no se presentan complicaciones postoperatorias después de cirugía, las complicaciones mayores requieren que el paciente sea hospitalizado para que reciba tratamiento y se evite un daño severo, mientras que las menores no ponen en peligro la vida del paciente, pero se asocian a incomodidad y falta de confort, y son una causa importante del retraso en el alta del paciente. (2)

Según la literatura los eventos cardiovasculares que ocurren más frecuentemente en el período postoperatorio son la hipotensión arterial y los trastornos del ritmo; además de ser el dolor la causa más frecuente de retraso en el alta incluyendo la cefalea, la náusea y el vómito postoperatorio, son causas comunes de retraso en el egreso de los pacientes de las salas de recuperación, y no solamente es motivo de incomodidad e insatisfacción de los pacientes; sino que representan un factor de riesgo para broncoaspiración. (2, 4, 5)

En la Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt de Guatemala, se realizan más de mil procedimientos quirúrgicos, sin embargo, dentro de este centro asistencial, no se cuenta con una base de datos específica sobre la frecuencia de las complicaciones anestésicas en pacientes que pasan a la unidad de recuperación post anestésica, que pueden llegar a o no necesitar estancia hospitalaria prolongada en base a las mismas, por lo que existe la necesidad de identificar la frecuencia de las complicaciones y caracterizarlas, para poder así protocolizar los métodos de monitorización y tratamiento específico.

El presente trabajo realizado en la Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt de Guatemala, con la entrevista y evaluación postoperatoria de 30 pacientes, brinda una base de datos sobre la frecuencia y las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentaron alguna complicación anestésica en la unidad de recuperación post anestésica para evitar secuelas y complicaciones, evitando la hospitalización de la población estudiada.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Cirugía Ambulatoria

El conjunto de aquellos procedimientos quirúrgicos que se realizan sobre pacientes sin necesidad de permanecer ingresados en un hospital. (3)

La cirugía mayor ambulatoria es un modelo organizativo y de gestión de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar de forma segura y eficiente a pacientes seleccionados, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización convencional. (1)

Hay ciertos criterios prácticos que la cirugía ambulatoria aporta como:

- Aporta un control a la escalada de los gastos sanitarios sin disminuir la calidad asistencial.
- Contribuye a eliminar las problemáticas listas de espera quirúrgica.
- Mejora la relación entre atención primaria y especializada.
- Analiza trazadores de calidad al estudiar procesos quirúrgicos muy prevalentes.
- Procura al paciente y a los familiares ventajas sociales, ya que el enfermo no abandona el entorno familiar. (3)

Dentro de la cirugía ambulatoria se han distinguido 2 categorías: la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía menor ambulatoria.

2.1.1 Cirugía mayor ambulatoria

Realización de procesos quirúrgicos con anestesia general, regional o local con sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta en el mismo día de la cirugía. (3)

Hay diferentes unidades de cirugía mayor ambulatoria, dependiendo de su localización física respecto al hospital y de su dependencia o no administrativa de éste. Este es un modelo organizativo óptimo y multidisciplinario que permite tratar a pacientes bien seleccionados de una forma segura y eficiente sin contar con una cama de hospitalización convencional. (3)

Ventajas de la cirugía mayor ambulatoria

- El servicio ofertado está mejor organizado y ajustado a las necesidades del paciente.
- Se estrecha la relación médico-paciente.

- Altera poco el grado de vida de los pacientes, ya que es evidente que la hospitalización supone una ruptura con la vida familiar y social del individuo.
- La ansiedad se reduce.
- El ambiente es más distendido y los pacientes se encuentran más cómodos al no estar en contacto con pacientes graves.
- Es una atención muy eficiente.
- Se disminuye el riesgo de infección nosocomial.
- La recuperación es más rápida, ya que los pacientes asocian su vuelta a casa en el mismo día con el hecho de no haber sufrido una operación importante.
- Claro impacto en la reducción de la lista de espera quirúrgica.
- Aumento de la calidad percibida.
- Reducción de estancias y de costes. (3)

Desventajas de la cirugía mayor ambulatoria

- El paciente debe participar más activamente en su postoperatorio y responsabilizarse de cumplir las instrucciones que se le dan.
- Muchas veces se transfiere la carga de trabajo a la propia familia.
- Este tipo de cirugía puede beneficiar a las clases sociales medias-altas, ya que los factores sociales condicionan en ocasiones su realización.
- Pueden aparecer complicaciones en el domicilio que pasen desapercibidas o que los pacientes las achaquen al régimen ambulatorio en el que han sido intervenidos quirúrgicamente. (3)

2.1.2. Cirugía menor ambulatoria

Son aquellas intervenciones que se realizan con anestesia local y en las que se produce el alta inmediata. (3)

2.2. Anestesia

Pérdida reversible de la sensibilidad por empleo de agentes químicos y con fines de terapéutica quirúrgica. De acuerdo con la extensión de la anestesia. (6)

2.2.1. Tipos de anestesia

Se divide en: a) general, cuando su efecto se ejerce a nivel del sistema nervioso central, que se asocia a pérdida reversible de la conciencia y es extensiva a todo el cuerpo; b) regional, cuando el bloqueo es a nivel de troncos nerviosos y ocasiona pérdida de la sensibilidad en una región anatómica, y c)

local cuando por depósito de los agentes anestésicos en un sitio o área determinada se bloquean las fibras nerviosas terminales. (7)

2.2.1.1. Anestesia general

Se puede definir como un estado inconsciente, con efectos de analgesia, relajación muscular y depresión de los reflejos. Podríamos decir que es una situación de coma farmacológico en el que el paciente es incapaz de despertar al provocar un estímulo sobre él. Estos estímulos pueden ser simplemente sonoros (exploraciones radiológicas en niños –TAC, RNM–) o dolorosos, (manipulación de una articulación o fractura, cirugía) en cuyo caso necesitaremos complementar esta situación de hipnosis profunda con opiáceos mayores. Si además se necesita una relajación de los tejidos que van a ser manipulados, se plantea el uso de relajantes musculares.

La anestesia general presenta tres fases: a) inducción; b) mantenimiento; c) recuperación. (7)

2.2.1.2. Anestesia locorregional – Bloqueos –

Se impone la anestesia locorregional para la mayoría de intervenciones de extremidades tanto superiores como inferiores, así como en muchos procedimientos abdominales bajos (cesáreas, cirugía de la incontinencia, herniorrafias, cirugía uroproctológica...).

Con la anestesia locorregional se intenta reducir la utilización de anestésicos generales, en su gran mayoría son cardiodepresores, así como evitar el manejo de la vía aérea, y disminuir la presencia de efectos secundarios tan frecuentes como son las náuseas y vómitos postoperatorios.

Las propias técnicas locorregionales pueden tener complicaciones, como cefalea postpunción dural accidental, hematoma subdural, inyecciones intravasculares de anestésicos locales, además de los efectos adversos que presentan los propios anestésicos locales. (7)

2.3. Preoperatorio

Desde la visita preoperatoria empieza a configurarse la estrategia anestésica en la que se tienen en cuenta tanto los antecedentes familiares como personales del paciente, la situación clínica del mismo, la intervención a que se va a someter y la técnica planteada por el cirujano. (7)

2.3.1. Valoración de la situación clínica

Deben valorarse múltiples parámetros como son la mayor o menor agresividad de la intervención, la técnica quirúrgica que se va a utilizar, la posición en la que se va a colocar al paciente, la duración de la intervención, etc. En la valoración médica se realiza una anamnesis del paciente para orientarnos sobre el proceder en quirófano. (7)

2.3.2. Premedicación

Se realiza con el fin de prevenir o contrarrestar los efectos indeseables derivados tanto de los anestésicos como del propio acto quirúrgico, y de este modo, aliviar la ansiedad, inducir sedación, reducir al mínimo las posibilidades de aspiración del contenido gástrico y evitar las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). También se utiliza la medicación preoperatoria para controlar la infección (profilaxis antibiótica), proporcionar analgesia y promover cierta estabilidad cardiovascular. (7)

2.4. Estado de ASA

La clasificación del estado físico de la ASA, desarrollada para proporcionar una terminología común y facilitar la recopilación de datos estadísticos, fue comunicada originalmente por Saklad en 1941. En 1961, modificaron el sistema, denominándolo sistema de puntuación del estado físico, estas modificaciones fueron adoptadas por la ASA en 1962 y son el sistema que se utiliza en la actualidad.

- Estado físico I – ASA I –. Paciente sin afectación orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico para la intervención está localizado y no produce alteración sistémica. Paciente sano.
- Estado físico II – ASA II –. Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
- Estado físico III – ASA III –. Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
- Estado físico IV – ASA IV –. Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas),

angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.

- Estado físico V – ASA V –. Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial. (8)

2.5. Complicaciones anestésicas postoperatorias

Las complicaciones postoperatorias después de cirugía ambulatoria se pueden clasificar en mayores y menores, las mayores requieren que el paciente sea hospitalizado para que reciba tratamiento y se evite un daño severo, mientras que las menores no ponen en peligro la vida del paciente, pero se asocian a incomodidad y falta de confort y, habitualmente son una causa importante del retraso en el alta del paciente, incrementan los costos y merman la calidad de la atención médica proporcionada. Las causas pueden ser quirúrgicas, anestésicas o secundarias a la condición médica subyacente.

2.5.1. Complicaciones de la Anestesia General

Respiratorias:

- Obstrucción de la vía aérea por caída de la lengua, edema de laringe por la intubación o laringospasmo.
- Hipoventilación por depresión del centro respiratorio o por relajación del diafragma.
- Neumotórax/Hemotórax por la intervención quirúrgica o por un barotrauma por Ventilación Mecánica.
- Atelectasias por acumulo de secreciones.
- Broncoaspiración de contenido gástrico

Cardiovasculares:

- Hipertensión arterial por dolor o retención urinaria.
- Hipotensión arterial por hipovolemia (sueros), hemorragia (concentrados de hematíes) o insuficiencia cardíaca.
- Arritmias que disminuyen el gasto cardíaco.
- Infarto agudo al miocardio

Del Sistema Nervioso Central:

- Excitación o agitación por el dolor, hipoxemia o hipercapnia, deshidratación o retención urinaria.
- Retrasos al despertar por sobredosis de anestesia, hipoglucemia o hiperventilación.
- Hipotermia.

Otras:

- Náuseas y vómitos por opiáceos.
- Reacción anafiláctica. (7)

2.5.2. Complicaciones del Bloqueo Medular

- Respiratorias: hipoventilación, insuficiencia respiratoria, disnea.
- Cardiovasculares: hipotensión y bradicardia.
- Toxicidad sistémica por anestésicos locales IV.
- Cefalea por pérdida de LCR o punción accidental de duramadre.
- Retención urinaria por utilización de opiáceos y bloqueo de músculos de la micción.
- Infecciones: Meningitis.
- Alergia a los anestésicos. (7)

2.6. Tratamiento

2.6.1. Tratamiento del dolor postoperatorio

El dolor postoperatorio es probablemente la complicación postoperatoria más frecuente y su tratamiento inadecuado, fuente de importantes repercusiones clínicas. El DPO además del sufrimiento innecesario que proporciona al paciente, puede dar lugar a complicaciones respiratorias, cardiovasculares, digestivas, metabólicas, etc., que en determinadas situaciones puede poner en peligro la vida del paciente.

La intensidad del dolor varía según el tipo de intervención, la técnica quirúrgica, la técnica anestésica, el umbral del dolor y las características cognitivas del paciente. En la práctica se suele utilizar la escala visual analógica (EVA) para valorar la intensidad y el grado de alivio tras el tratamiento.

Si estamos ante un dolor leve, los fármacos indicados son los analgésicos menores (AINE). Si asociamos AINE a opioides menores podremos controlar dolor de intensidad moderada. En el caso de que el dolor sea intenso

utilizaremos opiáceos mayores y/o técnicas de bloqueo nervioso (central o periférico) con anestésicos locales y/u opioides. (7)

2.6.2. Tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO)

Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son, junto con el dolor, los responsables más frecuentes del discomfort que sufren los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica. Su incidencia durante las primeras 24h postintervención varía según los distintos factores de riesgo que converjan, y puede alcanzar cifras del 80%, e incluso mayores, tras cirugía abdominal o ginecológica.

Las NVPO pueden dar lugar a una serie de complicaciones, entre las que cabe destacar por su gravedad, la aspiración pulmonar del contenido gastrointestinal, desgarró o rotura del esófago, dehiscencia de heridas, pérdida del humor vítreo, aumento agudo de la presión intracraneal, hemorragias, etc.

Se han descrito una serie de factores de riesgo en la aparición de NVPO, entre los que cabría destacar:

- Las mujeres postadolescentes y los pacientes con antecedentes de cinetosis o que han sufrido episodios eméticos en intervenciones previas, tienen más posibilidades de sufrir NVPO.
- La incidencia de NVPO de los niños, duplica a la de los adultos.
- Un retraso en el vaciado gástrico, la ansiedad y la obesidad aumentan el riesgo de episodios eméticos.
- Las intervenciones más emetógenas son las que involucran las vísceras abdominales, las ginecológicas y las otorrinolaringológicas.
- En general, la anestesia local se asocia con una menor incidencia de NVPO que la anestesia general.
- La ingestión temprana de líquidos, la deambulaci3n precoz, los opiáceos y el dolor postoperatorio, pueden incrementar el riesgo de padecer NVPO. (7)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Identificar en la Unidad de Reanimación Post Anestésica las complicaciones anestésicas postoperatorias en cirugía ambulatoria mayor.

3.2. Objetivo Específico

1. Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes estudiados.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del Estudio

Descriptivo, prospectivo observacional.

4.2. Unidad de Análisis

Paciente intervenido por cirugía mayor ambulatoria en la unidad de Hospital de Día del Hospital Roosevelt que pasa a la Unidad de Reanimación Post Anestésica.

4.3. Población

Pacientes ingresados a la Unidad de Reanimación Post Anestésica del Hospital de Día del Hospital Roosevelt sometidos a una cirugía ambulatoria.

4.4. Muestra

Muestra por conveniencia de 30 pacientes ingresados a la Unidad de Reanimación Post Anestésica del Hospital de Día del Hospital Roosevelt sometidos a una cirugía ambulatoria mayor.

4.5. Criterios

4.5.1. Criterios de Exclusión

Pacientes que no hablen castellano

Pacientes con comorbilidades previas a la cirugía que puedan confundirse o intervenir en el procedimiento anestésico, que puedan ser tomadas como una complicación anestésica.

4.6. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha de procedimiento.	Dato obtenido de hoja de registro en base a fecha de nacimiento a la fecha de la entrevista	Cuantitativa, razón	Años cumplidos
Sexo	Distinción biológica entre hombre y mujer, según sus características sexuales.	Dato obtenido del paciente	Cualitativa, nominal	Hombre Mujer
Comorbilidad	Enfermedades o diversos trastornos que se añaden a la condición quirúrgica actual.	Datos obtenidos del paciente para diabetes, hipertensión, dislipidemias, asma, epoc, enfermedades tiroideas, enfermedad renal, otros.	Cualitativa, nominal	Tipo de comorbilidad
Estado de ASA	<p>Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes según la American Society of Anesthesiologists.</p> <p>ASA I: Paciente sin alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica. Paciente sano.</p> <p>ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional.</p>	Dato obtenido de evaluación preoperatoria según los grados de ASA:	Cualitativa, ordinal	ASA I ASA II ASA III ASA IV ASA V

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
	<p>ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida. ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención. ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.</p>			
Procedimiento quirúrgico	Conjunto de acciones coordinadas y específicas para lesiones causadas por enfermedad o accidentes con fines diagnósticos o curativos.	Dato obtenido de record de anestesia.	Cualitativa, nominal	Tipo de procedimiento quirúrgico
Tipo de anestesia	Se refiere al tipo de anestesia que ha recibido el paciente durante la intervención. Anestesia general , que es la depresión descendente del	Dato obtenido de record de anestesia.	Cualitativa, nominal	General Regional (Epidural, raquídea)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
	sistema nervioso inducida por fármacos. Anestesia regional , que es la aplicación de una sustancia química capaz de bloquear la conducción del tejido nervioso.			
Duración de la anestesia	El tiempo quirúrgico es la duración de la intervención, desde que el paciente entra a quirófano hasta que sale a la Unidad de Reanimación Post-Anestésica (URPA).	Dato obtenido de record de anestesia.	Cuantitativa, razón	Minutos
Responsable de Anestesia	Médico residente o especialista encargado de la administración de la anestesia en un procedimiento quirúrgico que lo requiera.	Dato obtenido de record de anestesia.	Cualitativa, ordinal	Jefe R1 R2 R3
Tiempo total postoperatorio	Es el intervalo de tiempo entre que el paciente sale del quirófano y es dado de alta a su domicilio.	Dato obtenido de record de anestesia y expediente médico.	Cuantitativa, razón	Minutos
Complicación anestésica	Reacción, síntoma o signo que se presenta luego de la administración de algún agente anestésico. Se pueden clasificar en:	Datos obtenidos del paciente.	Cualitativa, nominal	Mayores como: • Cefalea postpunción dural

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
	<p>Mayores: que requieren que el paciente sea hospitalizado para que reciba tratamiento y se evite un daño severo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea postpunción dural: La punción de la duramadre produce una pérdida de líquido cefalorraquídeo que causa una hipotensión intracraneal que provoca una cefalea fronto-occipital muy característica e invalidante. • Paradas cardíacas con muerte: es una pérdida brusca del pulso y el conocimiento causada por un fallo inesperado de la capacidad del corazón para bombear eficazmente sangre al cerebro y a todo el organismo causando la muerte del individuo. • Paradas cardíacas reversibles: es una pérdida brusca del pulso y el 			<ul style="list-style-type: none"> • Parada cardíaca con muerte • Parada cardíaca reversible • Lesión medular o de una raíz nerviosa <p>Menores como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Dolor de garganta • Obstrucción • Hipoventilación • Diarrea • Náusea • Vómitos • Mialgia • Problemas de micción • Prurito

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
	<p>conocimiento causada por un fallo inesperado de la capacidad del corazón para bombear eficazmente sangre al cerebro y a todo el organismo que posteriormente a maniobras y/o medicamentos se revierte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión medular o de una raíz nerviosa: traumatismo directo de la aguja o bien por la formación de hematomas epidurales que dañan la médula espinal o una raíz nerviosa. <p>Menores: que no ponen en peligro la vida del individuo, pero se asocian a incomodidad y retraso en el alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea: Dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez. • Dolor de garganta: dolor faríngeo provocado por 			<ul style="list-style-type: none"> • Parestesia • Dolor • Lumbalgia • Hipotensión • Hipertensión • Bradicardia • Taquicardia • Bradipnea • Taquipnea • Apnea • Hipoxemia • Hipoxemia severa • Otros

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
	<p>una inflamación situada a nivel de la cavidad bucal, la laringe o la faringe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción de la vía aérea: cuando se produce es por algo impide que el aire entre en las vías aéreas de los pulmones y salga de ellas. • Hipoventilación: es una respiración demasiado superficial o demasiado lenta que no satisface las necesidades del cuerpo. • Diarrea: Alteración intestinal que se caracteriza por la mayor frecuencia, fluidez, y a menudo, volumen de las deposiciones. • Náusea: Sensación de malestar en el estómago que se experimenta cuando se 			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
	<p>tienen ganas de vomitar y que suele culminar en vómitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vómitos: Expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago. • Mialgia: Dolor muscular. • Problemas de micción: dificultad para iniciar o mantener el chorro de orina. • Prurito: Picor que se siente en una parte del cuerpo o en todo él y que provoca la necesidad o el deseo de rascarse. • Parestesia: Sensación o conjunto de sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel. • Dolor: Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o 			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
	<p>estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lumbalgia: Dolor reumático fuerte que afecta a los huesos o a los músculos de la parte lumbar de la espalda. • Hipotensión: disminución de presión arterial de unos 30 mm Hg o bien una presión sistólica menor a 90 mm Hg. • Hipertensión: existencia de una presión sanguínea generalmente mayor de 130-139/85-89 mm Hg (sistólica/diastólica). • Bradicardia: ritmo cardíaco lento o irregular, normalmente de menos de 60 latidos por minuto. • Taquicardia: es un ritmo cardíaco rápido o irregular, de más de 100 latidos por minuto y hasta 400 latidos por minuto. 			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad a medir
<p>Tiempo en Unidad de Reanimación Post – anestésica</p>	<p>Zona anexa al quirófano de un hospital, a la que se llevan a los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente. En esta área restringida el personal médico valora la situación del paciente y le ayuda recuperarse de la anestesia, mientras el paciente operado va recobrando la consciencia se controlan sus constantes vitales, la ventilación y el dolor.</p>	<p>Dato obtenido de record de anestesia.</p>	<p>Cuantitativa, razón</p>	<p>Minutos</p>

4.7. Instrumento

La técnica a utilizar fue la entrevista a cada paciente y el instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado de acuerdo a los objetivos planteados, por lo que se realizaron visitas a la Unidad Hospital de Día del Hospital Roosevelt, para la resolución del cuestionario por 30 pacientes que fueron sometidos a cirugía mayor ambulatoria con anestesia regional o general.

El cuestionario consta de tres partes, la primera parte incluye los datos generales del paciente y datos preoperatorios y operatorios de utilidad según los objetivos, en la segunda parte se colocaron los signos vitales que se le tomaron al paciente al salir de sala de operaciones, una hora después de estar en la Unidad de Reanimación Post Anestésica, en la tercera parte se realizaron una serie de preguntas sobre sintomatología asociada a la anestesia que puedan tener como complicación de la misma y en base a los signos vitales de la segunda parte.

4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

- Se elaboró una plantilla para el ingreso de datos obtenidos de los instrumentos de investigación en el programa de Microsoft Excel, luego se ingresaron lo obtenido a la base de datos.
- Los resultados del estudio se analizaron de acuerdo con los objetivos y variables de la investigación.
- Se ordenaron y presentaron los datos en tablas y/o gráficos, según el tipo de variable. De esta manera se buscó distribuir de manera general los valores encontrados en cada una de las variables del estudio. Se repitió el mismo procedimiento según categorías. (Sexo, edad, grado de ASA, tipo de complicaciones, etc.)

4.9. Procedimiento

1. Primera etapa: obtención de aval de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar

- Se obtuvo la aprobación del protocolo por parte del comité de tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

2. Segunda etapa: obtención de aval institucional y de Unidad de Hospital de Día

- Se obtuvo la aprobación por parte de jefe de Hospital de Día, la jefa del departamento de Anestesiología y jefa de Anestesiología de Hospital de Día.

- Se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt.

3. Tercera etapa: preparación y estandarización del instrumento de recolección de datos

- Estandarización del instrumento de recolección de datos: antes del inicio de la recolección, se seleccionó a 10 voluntarios con características semejantes a la población de estudio, para responder a las preguntas del instrumento de recolección de datos. Se determinó que no existían dificultades en la comprensión del instrumento.

4. Cuarta etapa: identificación de pacientes y recolección de datos

- Se seleccionaron a los participantes, de acuerdo con los criterios de exclusión, según el cronograma de sala de operaciones.
- Se les habló personalmente a los pacientes y se les planteó individualmente, con lenguaje claro el propósito, objetivos, importancia y utilidad del estudio, así como los inconvenientes. Este procedimiento se continuó hasta obtener una población de 30 individuos.

5. Quinta etapa: Recolección de datos

- Entrevista y evaluación a quienes hayan aceptado participar en el estudio, para lo cual se aplicará el instrumento de recolección de datos (anexo), llenando todas las preguntas.

6. Sexta etapa: procesamiento de datos y realización de análisis estadístico

- Se realizó un análisis de los datos obtenidos, se tabularon los resultados y se analizaron las relaciones entre las variables.

4.10. Alcances y límites de la investigación

Alcances

En Guatemala existen pocos estudios que tratan de las complicaciones anestésicas que se pueden dar en la cirugía mayor ambulatoria, por lo que se pretende evaluar la frecuencia de las mismas para mejorar la prevención y tratamiento que pueda proveérsele al paciente desde su ingreso hasta su alta hospitalaria.

Límites

Debido a que los pacientes están postoperados, existe poco interés de responder una serie de preguntas sobre sintomatología que puedan presentar posterior a la anestesia, debido a que el malestar tiende a incomodarlos.

4.11. Aspectos éticos de la investigación

Se les habló personalmente a los pacientes y se les planteó individualmente, con lenguaje claro, el propósito, objetivos, importancia y utilidad del estudio, así como los inconvenientes, explicándoles también acerca de que su participación es voluntaria; luego de asegurarse de que la información ha sido comprendida, se les informará que los datos obtenidos durante la entrevista son confidenciales y serán utilizados exclusivamente para la interpretación y análisis de datos de la presente investigación. No se dará a conocer ningún nombre de paciente del cual se obtenga información para el fin de esta investigación.

5. RESULTADOS

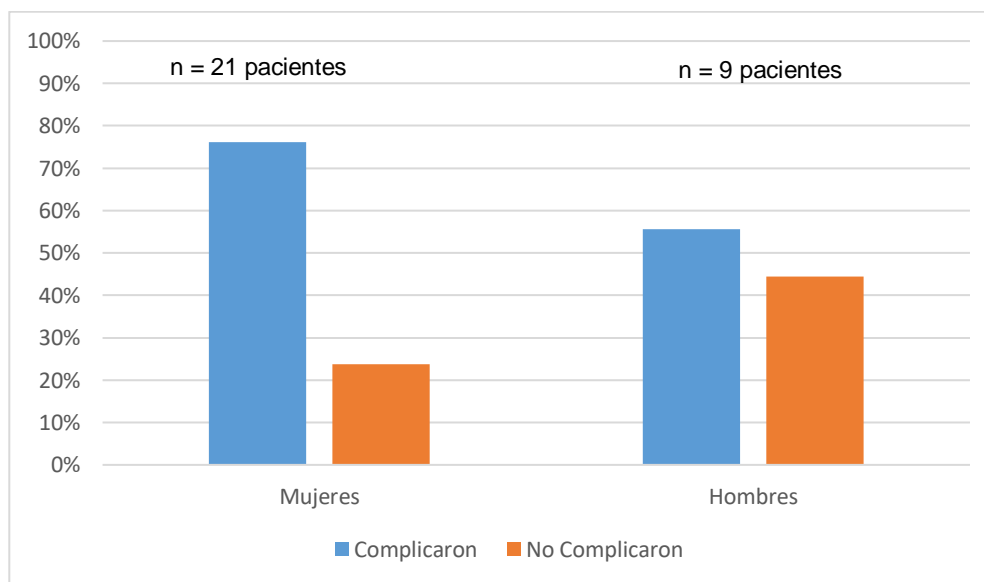
Se entrevistaron y evaluaron un total de 30 pacientes que pasaron a la unidad de recuperación post anestésica de Hospital de Día, posterior a su procedimiento quirúrgico, quienes cumplían con los criterios de anestesia general o bloqueo local.

Tabla No. 1
Género pacientes intervenidos en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

	Mujeres	%	Hombres	%
Complicaron	16	76%	5	56%
No Complicaron	5	24%	4	44%
Total	21	100%	9	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Gráfica No. 1
Género pacientes intervenidos en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala



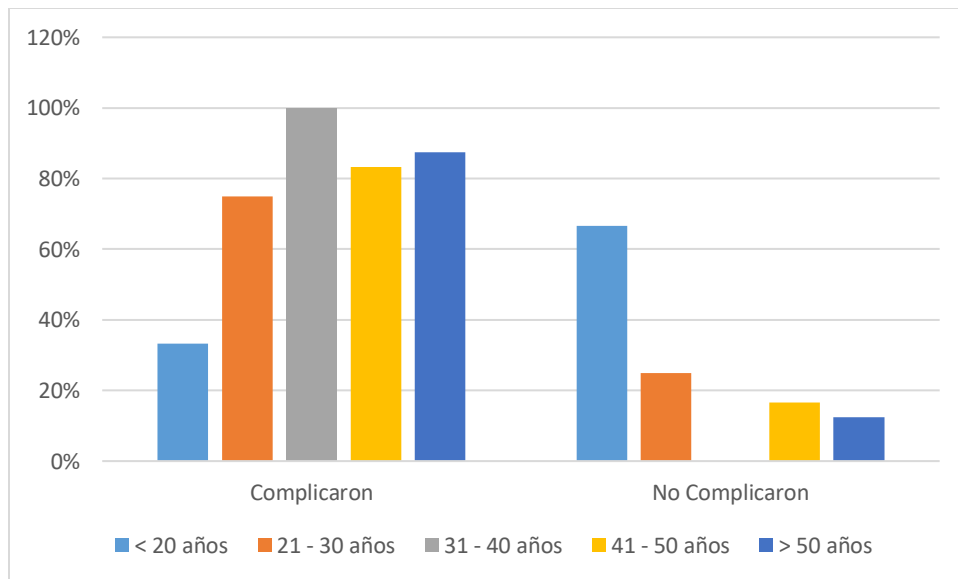
Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 2
Edad pacientes intervenidos en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

	< 20 años	20 - 30 años	30 - 40 años	40 - 50 años	> 50 años
Complicaron	1	3	5	5	7
No Complicaron	2	1	4	1	1
Total	3	4	9	6	8

Fuente: Base de datos del informe final.

Gráfica No. 2
Edad pacientes intervenidos en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala



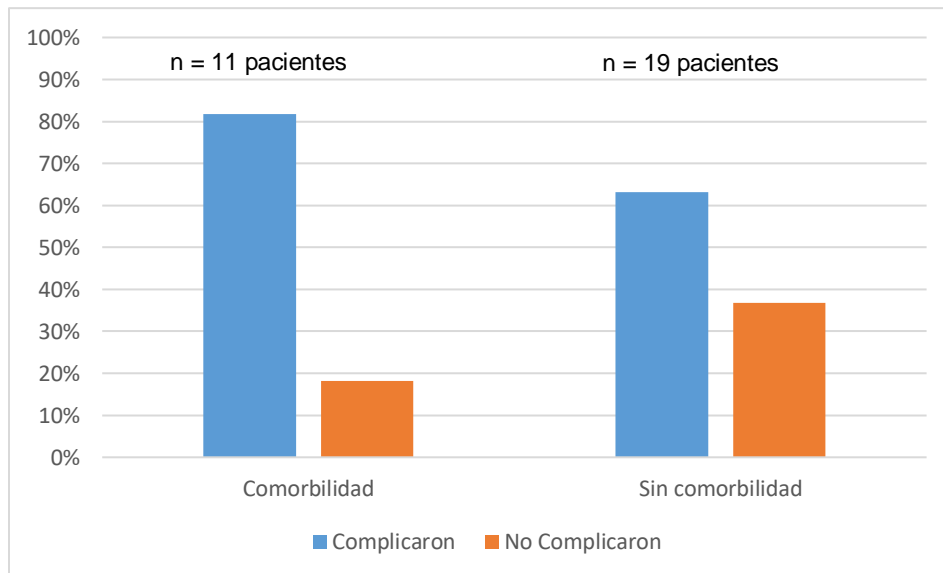
Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 3
Existencia de comorbilidad en pacientes intervenidos
en la Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala

	Comorbilidad	%	Sin comorbilidad	%
Complicaron	9	82%	12	63%
No Complicaron	2	18%	7	37%
Total	11	100%	19	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Gráfica No. 3
Existencia de comorbilidad en pacientes intervenidos
en la Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala



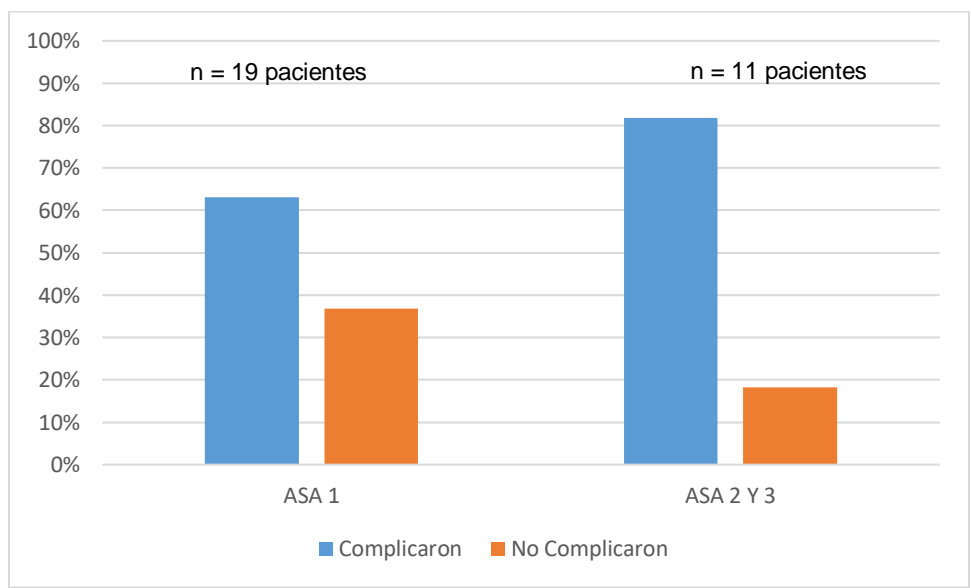
Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 4
Estado de ASA de pacientes intervenidos en la
Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala

	ASA 1	%	ASA 2 y 3	%
Complicaron	12	63%	9	82%
No Complicaron	7	37%	2	18%
Total	19	100%	11	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Gráfica No. 4
Estadio de ASA de pacientes intervenidos en la
Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala



Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 5
Procedimientos realizados en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

	Complicaron	%	No complicaron	%	Total
Colecistectomía VDLP	9	75%	3	25%	12
Retiro catéter doble J	3	60%	2	40%	5
Hernioplastia	5	83%	1	17%	6
Otras	4	57%	3	43%	7

Fuente Base de datos del informe final.

Tabla No. 6
Rango de anestesiólogo encargado de procedimientos realizados
en la Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala

	R3	%	Jefe	%
Complicaron	8	73%	13	68%
No Complicaron	3	27%	6	32%
Total	11	100%	19	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 7
Duración de la anestesia en los procedimientos realizados
en la Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala

	Duración anestesia < 60 minutos	%	Duración anestesia > 60 minutos	%
Complicaron	11	73%	10	67%
No Complicaron	4	27%	5	33%
Total	15	100%	15	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 8
Duración del postoperatorio en los procedimientos realizados
en la Unidad Hospital de Día, Hospital Roosevelt, Guatemala

	Duración postoperatorio < 90 minutos	%	Duración postoperatorio > 90 minutos	%
Complicaron	8	57%	13	81%
No Complicaron	6	43%	3	19%
Total	14	100%	16	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 9
Complicaciones asociadas al género en los procedimientos
realizados en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

Complicación	Mujeres	%	Hombres	%
Gastrointestinales	6	20%	1	9%
Respiratorias	1	3%	1	9%
Cardiovasculares	10	33%	4	36%
Otras	13	43%	5	45%
Total	30	100%	11	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 10
Complicaciones asociadas a la presencia de comorbilidad
en los procedimientos realizados en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

Aparato/Sistema	Con comorbilidad	%	Sin comorbilidad	%
Gastrointestinales	3	18%	3	13%
Respiratorias	1	6%	0	0%
Cardiovasculares	7	41%	6	25%
Otras	6	35%	15	63%
Total	17	100%	24	100%

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 11
Tipo de complicación en base a sistema/aparato
en los pacientes intervenidos en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

Tipo de Complicación	Total	%
Gastrointestinales	7	23%
Respiratorias	2	7%
Cardiovasculares	14	47%
Otras	18	60%

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 12
Frecuencia de complicaciones en los
procedimientos realizados en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

Complicación	Total	%
Vómito	2	7%
Náusea	5	17%
Hipoxemia	1	3%
Taquipnea	1	3%
Taquicardia	1	3%
Bradicardia	9	30%
Hipotensión	2	7%
Hipertensión	2	7%
Tos	1	3%
Mareo	6	20%
Cefalea	6	20%
Disfonía	4	13%
Mialgia	1	3%

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 13
Tipo de anestesia utilizada en los
procedimientos realizados en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

Tipo de anestesia	Complicaron	%	No complicaron	%	Total
Anestesia general	17	68%	8	32%	25
Sedación	3	75%	1	25%	4
Bloqueo regional	1	100%	0	0%	1

Fuente: Base de datos del informe final.

Tabla No. 14
Tipo de anestésico inhalado utilizada en los
procedimientos realizados en la Unidad Hospital de Día,
Hospital Roosevelt, Guatemala

Anestésico inhalado	Complicaron	%	No complicaron	%	Total
Desflurano	4	100%	0	0%	4
Isoflurano	12	67%	6	33%	18

Fuente: Base de datos del informe final.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron y evaluaron un total de 30 pacientes que pasaron a la unidad de recuperación post anestésica de Hospital de Día, de los cuales fueron 21 mujeres y 9 hombres, de los cuales 16 mujeres que son el 76% de ellas, presentaron complicaciones anestésicas en la URPA, siendo acorde a lo encontrado en la literatura que refiere la incidencia de complicaciones anestésicas, es principalmente en mujeres, contrario a la literatura, las complicaciones sobre todo fueron referidas en personas mayores de 30 años, ya que la literatura refiere que las personas adultas tienden a tener más experiencia en procedimientos quirúrgicos, lo que hace que tengan más experiencia en anestesia y les hace referir menos dolencias como complicaciones, mientras que los jóvenes tienen ciertas expectativas y eso los hace comunicar más el inconfort que ésta puede producirles, ya que 17 de los pacientes que presentaron complicaciones anestésicas tenían más de 30 años, siendo un 81% de los pacientes que presentaron complicaciones anestésicas.

El presentar una comorbilidad, se relaciona con mayor presencia de complicaciones anestésicas en la literatura, en el presente estudio la frecuencia de complicaciones anestésicas fue de 11 pacientes, que presentaban alguna comorbilidad y de estos 9 presentaron complicaciones anestésicas, siendo un 82%. En base al estado físico de ASA de los pacientes de estado de ASA I, el 63% presentó alguna complicación anestésica, siendo 12 de los 19 pacientes los que presentaron alguna complicación anestésica, mientras que los estados de ASA II o mayor el 82%, 9 de los 11 pacientes presentó alguna complicación anestésica en la URPA.

La duración de la anestesia no tiene relevancia con la presentación de complicaciones anestésicas en los pacientes, ya que al ser menor de 60 minutos, 11 pacientes presentaron complicaciones y al ser mayor de 60 minutos, 10 presentaron las mismas; siendo más importante el tipo de procedimiento que se realiza, ya que los procedimientos como las colecistectomías VDLP, hernioplastias y colocación de catéter doble J, presentan una mayor frecuencia de complicaciones anestésicas, siendo estos 17 pacientes de los 21, los cuales presentaron complicaciones anestésicas, y esto puede deberse a la manipulación de los órganos, además de la utilización de cirugía videolaparoscópica, la cual predispone a complicaciones por la utilización de dióxido de carbono. La duración del postoperatorio debe ser al menos de 60 minutos según la literatura, al tener una duración mayor se presentaron más complicaciones anestésicas, en ocasiones esto se debe al seguimiento más prolongado que lleva el paciente en la URPA, ya que 14 pacientes tuvieron un postoperatorio menor de 90 minutos y 8 de ellos siendo el 57% los que presentaron alguna complicación, y de 16 que

tuvieron uno mayor de 90 minutos, 13 siendo un 81%, presentaron una complicación anestésica menor.

Las principales complicaciones anestésicas que se presentaron son las variadas y las cardiovasculares, específicamente en el presente estudio fueron la bradicardia en el 30% de los pacientes, seguida por la cefalea y mareo en un 20%, y la náusea en un 17%.

En base al tipo de anestesia utilizada podemos diferenciarla en tres tipos de los cuales tenemos que el 68% de los pacientes que tuvieron una anestesia general presentaron alguna complicación postanestésica, de los pacientes que tuvieron una sedación el 75% presentó alguna complicación, al igual que el paciente que tuvo un bloqueo regional espinal.

Los pacientes que fueron sometidos a una anestesia intravenosa de fentanilo con propofol junto con un anestésico inhalado podemos notar que al utilizar desflurano todos los pacientes presentaron alguna complicación postanestésica mientras que los que utilizaron isoflurano el 67% de los pacientes presentaron alguna complicación anestésica entre las cuales encontramos principalmente bradicardia que se asocia especialmente al fentanilo, el mareo y náusea que se asocia a los anestésicos inhalatorios especialmente al desflurano y al fentanilo.

7. CONCLUSIONES

1. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de complicaciones anestésicas.
2. La mayor frecuencia de complicaciones anestésicas fue en pacientes mayores de 30 años.
3. El estado físico de ASA II y III presentó mayor frecuencia de complicaciones anestésicas.
4. Los pacientes de mayor duración del postoperatorio en la URPA, presentaron más complicaciones anestésicas.
5. Los procedimientos como las colecistectomías VDLP, hernioplastias y colocación de catéter doble J, presentan una mayor frecuencia de complicaciones anestésicas.
6. Las complicaciones anestésicas menores más frecuentes que se presentaron son la bradicardia, cefalea, mareo y náusea.

8. RECOMENDACIONES

1. La creación de protocolos en base a escalas que ya se cuentan para evaluaciones previas a los procedimientos, para evitar la incidencia de complicaciones anestésicas en pacientes en base a ciertas características que presentan.
2. El mejorar el monitoreo del paciente en la URPA para identificar diferentes complicaciones anestésicas que pueden presentarse, y que al paciente le pueden ser difíciles de comunicar, o que el personal no pueda identificar de manera inmediata.
3. El realizar un trabajo de investigación basándose en los lineamientos de este solamente que con un número de muestra mayor para poder encontrar un resultado más estadísticamente significativo para la creación de protocolos y mayor respaldo de relación estadística.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Capitán J. Indicadores de calidad actuales en la cirugía mayor ambulatoria. Revista médica Jaén. Marzo 2015. 14 – 19. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1427887213.pdf>
- (2) Castellanos A. Complicaciones más frecuentes en cirugía ambulatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. Anestesia Ambulatoria. 32 (1). Abril – Junio 2009. 142 – 145. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2009/cmas091ai.pdf>
- (3) Porrero J Sánchez C. Cirugía mayor ambulatoria: una realidad necesaria. Desarrollo profesional. Revista Jano. Enero 2011. 67 – 69. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1767/67/00670069_LR.pdf
- (4) Tennat I Augier R Crawford A Ferron D Meeks N et al. Complicaciones Posoperatorias menores relacionadas con la anestesia en pacientes para cirugías electivas ginecológicas y ortopédicas en un Hospital Universitario de Kingston, Jamaica. Rev Bras Anesthesiol. 62 (2). 2012. 188 – 198. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/es_v62n2a05.pdf
- (5) Salazar C. Complicaciones Anestésicas en las primeras 24 horas Postoperatorias, paciente adulto Hospital Nacional de Occidente (Tesis para Maestría en Anestesiología). Universidad San Carlos de Guatemala. 2010. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9044.pdf
- (6) Martínez S. Anestesia quirúrgica. Fascículo segundo transoperatorio. Capítulo 8. 111- 136. Disponible en: file:///C:/Users/Andrea/Downloads/martinez_cirugia_4e_cap_muestra_08.pdf
- (7) Soler E Faus M Burguera R Fernández J Mula P. Anestesiología. Farmacia hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia. Capítulo 2. España. 777 – 803. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo2/CAP02.pdf>
- (8) Martínez J. La agenda del anestesiólogo. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. Disponible en: <https://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/agenda/escalas.htm>

10. ANEXOS

Instrumento de Recolección de Datos

Boleta No. _____

Sexo: M _____ F _____ Edad: _____ años RM: _____

Parte I – Datos Generales

Comorbilidad

Diabetes mellitus _____

Hipertensión arterial _____

Enfermedad renal _____

Enfermedad tiroidea _____

Asma _____

EPOC _____

Otra _____

ASA

I _____

II _____

III _____

IV _____

V _____

Procedimiento Quirúrgico

Tipo de Anestesia

General _____

Regional

Epidural _____

Raquídea _____

Encargado de Anestesia

Jefe _____

R1 _____

R2 _____

R3 _____

Duración de la anestesia _____ minutos

Parte II – Signos Vitales

Al salir de sala 1 hora en URPA

Presión arterial	/ mmHg	/ mmHg	Hipotensión __ Hipertensión__
Frecuencia cardíaca	lpm	lpm	Bradicardia __ Taquicardia __
Frecuencia respiratoria	Rpm	Rpm	Bradipnea __ Taquipnea __
Saturación de O ₂	%	%	Hipoxemia __ Hipoxemia severa __

Parte III – Complicaciones Anestésicas

- Gastrointestinales**
 - Náusea __
 - Vómito __
 - Diarrea __
- Respiratorias**
 - Obstrucción de la vía aérea __
 - Hipoxemia __
 - Hipoventilación __
 - Bradipnea __
 - Taquipnea __
- Cardiovasculares**
 - Hipotensión __
 - Hipertensión__
 - Taquicardia __
 - Bradicardia __
- Dolor**
 - Si __
 - No __
 - Lugar: _____
 - Intensidad de 1 a 10: _____
- Otras**
 - Disfonía __
 - Cefalea __
 - Marea __
 - Mialgia __
 - Problemas de micción __
 - Tromboflebitis __
 - Parestesias __
 - Otras _____

Duración postoperatorio completo – URPA – _____ minutos