

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIOS DE LAS COMPLICACIONES MENORES POST ANESTESIA

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

F° ROBERTO GONZALEZ CAMPO MENCOS

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, abril de 1967

PLAN DE TESIS

Introducción

Material y Métodos

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

INTRODUCCION

Como todas las ramas de la Medicina, la anestesia ha superado grandes etapas; desde su aparecimiento, el acto quirúrgico progresivamente ha dejado de significar motivo de preocupación mayor para el médico y ésta a su vez ofrece al paciente mejores condiciones para resolver su problema quirúrgico.

La anestesia moderna ha facilitado el trabajo a los cirujanos, los resultados son mejores; intervenciones mayores han sido posibles, gracias al mejoramiento de la técnica anestesiológica, y sobre todo las molestias para el paciente han sido reducidas al mínimo. Hoy en día las técnicas anestésicas ofrecen más seguridad, hay preocupación constante por reducir al mínimo las molestias y secuelas menores que se presentan en el pos operatorio inmediato; como resultado de posturas, acción deshidratante y secante de drogas, trastornos gastrointestinales etc.

Fue esta la razón que nos motivó a iniciar el presente trabajo; estudios similares se han efectuado en otros lugares y consisten en la búsqueda de las complicaciones menores poste anestésicas con intención o idea de conocerlas y que mediante mejores técnicas y un mejor entendimiento de los problemas fisiopatológicos y hemodinámicos del paciente, llegar a superar y a suprimir el mayor número posible de estas secuelas menores en el post operatorio; las cuales estamos convencidos, pueden ser evitadas o reducidas en un porcentaje considerable.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo está basado en el estudio de 163 pacientes del Hospital Roosevelt, a los cuales se les efectuó diferentes procedimientos quirúrgicos, habiendo recibido para el efecto, diferentes tipos de anestesia. Dichos pacientes fueron estudiados y examinados a las 24, 48 y 72 horas post operatorias.

Para lograr una mayor veracidad en los datos no se tomaron en cuenta las emergencias, ni procedimientos que por su complicado control post operatorio aumentara las molestias naturales de este, así por ejemplo, fueron excluidos los casos de cirugía cardíaca y los de neuro cirugía. Dentro de las operaciones electivas se suprimieron también las del departamento de Pediatría, por imposibilidad de los pacientes de prestar su colaboración indispensable para este trabajo. Se tomaron en cuenta entonces, todos aquellos casos comprendidos entre la edad de trece años para arriba y que fueron de cirugía electiva. Para el inicio de la investigación se escogió una lista de complicaciones menores que fueron encontradas en estudios similares en otros centros hospitalarios y aquellas que a juicio de nuestros anesthesiólogos eran las más frecuentes; se interrogaron y examinaron a los pacientes poniendo énfasis en las molestias que de antemano se tenían pensadas y se fue tomando nota de nuevas quejas que no se habían contemplado, y fue así como obtuvimos los resultados que posteriormente exponremos; queremos hacer notar que el fin de este trabajo fue únicamente el de conocer nuestras principales complicaciones menores; y aunque hablaremos por separado de cada una de ellas, haciendo un breve comentario sobre la o las posibilidades etiológicas, no fue

nuestro fin hacer un estudio de los mecanismos fisiopatológicos y de cada una de las complicaciones para explicarnoslas con exactitud.

A continuación daré una serie de datos generales para pasar luego a comentar por aparte las principales complicaciones encontradas.

SEXO:

Pacientes del sexo femenino.....	98	-	60.1%
Pacientes del sexo masculino.....	65	-	39.8%

EDAD:

Varía de los 13 a los 84 años.

TIEMPO DE ANESTESIA:

Osciló entre 15 minutos y 4 horas con 50 minutos.

POSICION DURANTE EL ACTO QUIRURGICO:

Decubito dorsal.....	124
Ginecológica.....	30
Decúbito Ventral.....	4
Decúbito lateral.....	3
De navajas Sevillana.(BUJE).....	2

CATEGORIA DE ANESTESISTA:

Anestesiólogo.....	111	-	68%
Técnico.....	52	-	31%

NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS.....	163
Pacientes que tuvieron anestesia general.....	123 - 75.4%
Pacientes que tuvieron bloqueo epidural.....	35 - 21.4%
Pacientes que tuvieron bloqueo raquideo.....	5 - 3.06%

Hubo un caso de bloqueo epidural fallido por lo que el paciente
hubo de recibir anestesia general.

TECNICA ANESTESICA USADA: Secuencia

Pentotal, ciclopropano, oxígeno en.....	88 casos
pentotal, eter, oxígeno en.....	12 "
Dolosal, óxido nitroso en.....	9 "
Pentotal, Talamonal, oxido nitroso.....	6 "
Pentotal, fluotonae, oxígeno.....	4 "
Pentotal i.v., sucostrín.....	3 "
Pentotal i.v.....	1 "
Xilocaína - a diferentes concentraciones.....	40 "

LISTA DE LOS PROCEDIMIENTOS MAS FRECUENTES:

Ginecológicas.....	49
Hernioplátias.....	28
Cirugía Abdominal.....	21
Cirugía Vasculat.....	20
Traumatológicos.....	16
Urológicos.....	12
Cirugía plástica.....	7

Cirugía de columna..... 4

OTRAS..... 6

SECUELAS NUMERO DE PACIENTES

Boca seca..... 118

Dolor de garganta 62

Dolor de espalda 61

Cefálea 58

Vómitos 54

Náusea 49

Dolor de cintura 46

Dolor de piernas 32

Tos 27

Dolor muscular generalizado 27

Dolor de brazos 27

Dolor de nuca 19

Ronquera 18

Flema 17

Dolor de rodillas 16

Lesiones de nervios periféricos 15

Dolor de quijada 14

Extravasación de suero 13

Lesiones de labios 12

Equimosis 12

Dolor costal	11
Hipo	9
Molestias oculares	8
Retenciones urinarias	7
Adormecimiento de labios	6
Sordera	5
Dolor de hombros	5
Laceración de lengua	4
Dolor de codos	3
Dolor del puente de la nariz	3
Dolor de talón	3
Dolor de pómulos	3
Lesiones dentales	2
Dolor supraorbitario	1
Lesiones de encías	1
PACIENTES SIN NUNGUNA SECUELA	3

BOCA SECA

Fue la molestia que más se encontró; el total de pacientes que lo refirieron fue de 118, que equivale a un 78%. Se hizo notoria la alta incidencia en las primeras 24 horas, ya que fue reportada por 118 enfermos, el porcentaje bajó a 55 pacientes entre las 24 y 48 horas y únicamente 23 pacientes refirieron esta molestia entre las 48 y las 72 horas.

La causa esencial de esta secuela es quizá debido a la premedicación con atropina que todos los pacientes recibieron, el ayuno de líquidos obligado en el pre y en las primeras horas post Op., el paso de gases secos durante la anestesia, y a la deshidratación del paciente durante la operación.

DOLOR DE GARGANTA

Ocupa el segundo lugar en frecuencia. En este estudio 123 pacientes fueron sometidos a anestesia general, 74 de ellos fueron intubados, de estos, 48 presentaron dolor: hubo 11 pacientes que no fueron intubados y sin embargo refirieron esta molestia. Los otros 26 pacientes que fueron intubados no presentaron esta complicación. Hay que hacer notar que de los 11 pacientes que sufrieron dolor, aunque no fueron intubados si se les colocó cánula de Mayo. El día en que más se presentó fué el primero, llegando el número de pacientes a 52, el segundo día bajo a 45, y al tercero únicamente persistía en 17 pacientes. A aquellos que además de haber sido intubados se les dejó sonda nasogástrica todos se quejaron de dolor.

Es indudable que la causa primordial de esta molestia estriba en la intubación del paciente. Al principiar este trabajo se hizo incapié en el cuerpo de anestésistas, de que anotaran en los registros, si la intubación de sus pacientes, había sido fácil o difícil, traumática o atraumática, y el paciente presentó dolor el segundo y el tercer día. Influye además el sexo, en este estudio 36 fueron mujeres y 23 hombres. Otro factor evidente es el tipo de laringoscopio usado, en esta revisión se usó siempre McIntosh con hoja curva por creer que es el menos traumático. Además en todos los pacientes se usó relajantes para facilitar la intubación.

DOLOR DE ESPALDA

La tercera en frecuencia, fue referida por 61 pacientes, 42 de ellos eran mujeres y 16 hombres. El día que más se presentó fue el primero, encontrándose 52 pacientes, el segundo día 27, y el tercero únicamente 15; de ellos 45 que hacen un 36.5% recibieron anestesia general, 14 que equivale a 40% tuvieron bloqueo epidural, y 2, que es un 40% recibieron bloqueo raquídeo. La gran mayoría tuvieron durante la operación, la posición de decúbito dorsal (49 de ellos), 11 en posición ginecológica y tres en otras posiciones. En 12 pacientes, esta molestia se asoció a dolor de piernas; en 8 a dolor de brazos, solo en dos pacientes se asociaron estas 3 secuelas.

Creemos que esta complicación es consecuencia a la posición del paciente en contacto con la superficie dura de la mesa de operaciones, a la operación en sí y a la inmovilización prolongada durante el período post operatorio.

NAUSEA Y VOMITOS

El síndrome emético fue presentado por 103 pacientes, 54 de ellos vomitaron y 49 solo tuvieron náusea. Los vómitos variaron entre 1 y 20. La incidencia de éstos fué así:

1er. día:	54	pacientes
2do. día:	5	"
3er. día:	2	"
NAUSEA:		
1er. día:	35	pacientes
2do. día:	16	"
3er. día:	8	"

El sexo que dominó fue el femenino con 65 pacientes y 26 del sexo masculino.

49 de las 163 operaciones estudiadas fueron procedimientos ginecológicos; 33 de ellos que es el 68% tuvieron vómitos que en número y persistencia están muy por encima de los restantes. De los pacientes que tuvieron cirugía abdominal vomitaron el 42.8%. Con respecto a la anestesia la más alta incidencia de vómitos la tuvo el grupo de pacientes que recibió anestesia general, ya que fueron observados en un 34.1% y solo en el 5% de los pacientes que tuvieron bloqueos (tanto raquídeo como epidural). Nos llamó la atención que el ciclopropano como agente anestésico fue el que mas alta incidencia de vómitos tuvo (40.9%); pero sin embargo la náusea fue más frecuente en el grupo que recibió eter ya que el 66.6% lo manifestaron.

Ya otros estudios han comprobado que la incidencia de náusea y vómitos es muy superior en pacientes mujeres, sobre todo si son obesas. Se ha acep-

tado que los factores anestésicos como son: premedicación, agentes anestésicos, duración y profundidad de la anestesia; por otra parte los factores propios del acto quirúrgico; sitio de la operación para algunos es más frecuente en operaciones de la cabeza, del cuello; y las intraabdominales; la posición del paciente, hipotensión durante el acto quirúrgico; y causas en el post operatorio inmediato, por ejemplo el abuso de las comidas en las primeras horas, el uso exagerado de narcóticos para el dolor, son factores que favorecen la incidencia del síndrome emético, y en el caso particular de las pacientes ginecológicas creemos que hay un factor psíquico muy fuerte que se agrega a las causas ya mencionadas.

CEFALEA

Fue encontrada en 58 pacientes, el primer día la incidencia fue de 45, el segundo de 35 y el tercero de 18. Las más afectadas fueron las pacientes del sexo femenino con 42 pacientes y solo 16 del sexo masculino. A 39 pacientes se les dió anestesia general, lo que hace un 30% y a 17 bloqueo epidural, lo que hace un 43%. A 2 pacientes se les dió bloqueo raquídeo. El 40.7% de todos los pacientes que se quejaron de cefalea eran del departamento de ginecología.

Las cefaleas que se tomaron en cuenta para este grupo es diferente de la clásica cefalea que se ha descrito post anestesia raquídea, en la cual el paciente acusa dolor únicamente durante el ejercicio, o el movimiento, esta serie de pacientes la manifestaban aún estando en reposo.

El acto quirúrgico y la posición del paciente, y algunos otros factores secundarios, tales como hipotensión, ayuno, etc., han sido reconocidos como causantes de esta manifestación.

DOLOR DE CINTURA

Queja referida por 46 pacientes: el primer día fue el de mayor incidencia con 45 pacientes, el segundo día con 35 y el tercero con 18. Únicamente 8 pacientes eran hombres, siendo los 38 restantes del sexo femenino. La posición que se usó en 27 casos fue la de decúbito dorsal, lo que hace que un 20% de los pacientes que estuvieron en esa posición lo hayan sufrido; sin embargo 19 operaciones se hicieron en la posición ginecológica lo que hace un 74.9%. Es irrefutable entonces el hecho de que la posición del paciente durante el acto quirúrgico sea el factor más decisivo para la aparición de esta molestia.

DOLOR DE PIERNAS

32 pacientes se quejaron de esta molestia; 20 lo hicieron el primer día; entre las 24 y 48 horas lo hicieron 25, y a las 72 horas 19. Fueron en su mayoría -23 del sexo femenino, solo 9 pacientes del sexo masculino. 15 enfermos fueron operados en la posición de decúbito dorsal, esto equivale al 12%. Un número igual de pacientes fue operado en la posición ginecológica, lo que es igual a un 51%. En 12 casos se asoció a dolor de espalda y en dos a dolor de brazos.

Esta molestia es ocasionada, la gran mayoría de las veces por la posición durante la operación, teniendo desde luego gran importancia la duración de la misma y el acolchanamiento de los patines de la mesa de operaciones.

T O S

Unicamente 27 pacientes lo refirieron; el primer día fue reportado por 14, el segundo y el tercer día por 19 pacientes respectivamente; de ellos 8 hombres y 19 mujeres. A todos se les dió anestesia general, habiendo sido intubados 23 de ellos; en 20 casos se asoció a dolor de garganta.

Consideramos esta molestia como secundaria a la intubación y en algunos casos a irritaciones ocasionadas por la sonda de aspiraciones por la cánula de Mayo o bien cuando por su condición patológica a la abdominal, se indica la colocación de sonda de drenaje nasogástrico.

DOLOR MUSCULAR GENERALIZADO

Referido por 27 pacientes, teniendo el primero y el segundo día igual incidencia ya que se presentó en ambos casos en 19 pacientes, el tercer día únicamente 10 pacientes lo notaron; de ellos fueron 19 mujeres (19.3%) y ocho hombres (12.3%). Veintitres casos fueron efectuados bajo anestesia general (18.6%) y solo 4 con bloqueo epidural (11.4%)

Este dolor muscular, referido por los pacientes como sensación de cansancio semejante al que queda después de un ejercicio físico violento, ha sido estudiado ampliamente y se ha visto que es causado por drogas relajantes de tipo depolarizante. En el presente estudio se usaron en la mayoría de los casos.

DOLOR DE BRAZOS

Estuvo presente en 27 casos, 14 del sexo masculino y 13 del femenino. Veinticinco de ellos tuvieron anestesia general, a dos de ellos se les administró bloqueo de tipo epidural, sin embargo estos dos estuvieron en la posición de decúbito ventral.

Se hace notar que casi la totalidad de estos pacientes recibieron anestesia general y se atribuye esta molestia a una mala colocación de los brazos del paciente, quedando estos en posición forzada y a veces colocados sobre superficies planas o de rebordes marcados.

DOLOR DE NUCA

14 mujeres y 5 hombres lo acusaron. La incidencia mayor fue en el segundo día que llegó a 14 pacientes, el primer día solo fue referido por 8 pacientes y el tercero por 7. La gran mayoría (14) tuvo anestesia general y los otros 5 fueron con bloqueo epidural. El porcentaje de dolor de nuca entre anestesia general y epidural es muy parecido ya que el primero fue de 15% y el segundo de 12%.

Se cataloga también como secuelas de una posición forzada o a la ausencia de almohada durante el acto quirúrgico.

RONQUERA

Esta complicación fue observada en 16 pacientes; 12 mujeres y 6 hombres. Dieciseis de ellos fueron sometidos a anestesia general, y dos a epidural; 14 pacientes fueron intubados. El día de mayor incidencia fue el primero, que hizo un total de 12 pacientes; el segundo día 8, y 7 el tercero. Una de las pacientes, en que se reportó ronquera, se le había practicado tiroidectomía sub-total y la ronquera persistió durante tres días de control; otro de los pacientes había sido intubado, reportándose este acto como sumamente difícil y traumático.

Esta secuela, frecuentemente va asociada a dolor y posiblemente la etiología sea esencialmente la misma del dolor de garganta, frecuentemente se asocia con sensación de flema, difícil de expulsar.

FLEMA

Fue mencionada por 14 mujeres y por 3 hombres, la incidencia según los días fue así:

Primer día.....10 pacientes

Segundo día.....10 pacientes

Tercer día..... 7 pacientes

Todos recibieron anestesia general. A excepción de 2 casos de anestesia con eter y 2 con oxido nitroso, todos los restantes fueron anestesiados con cloropropano.

Fue referida en todos los pacientes como una "sensación de flema" y muy molesta que no la pueden expulsar, ocasionando frecuentes accesos de tos.

DOLOR DE RODILLAS Y REGION POPLITEA

Se presentó en 16 pacientes: 8 hombre y 8 mujeres, el primero y el segundo día fue referido por un número igual de pacientes, estos fueron 11; el tercer día solo 7 pacientes; lo presentaron. Doce enfermos estuvieron durante la intervención en posición de decúbito dorsal y 4 en posición ginecológica: en porcentaje esto viene a dar cifras bastante parecidas ya que el primero corresponde a un 9.6% y el segundo a la de 12.8%.

Nos formamos una fuerte impresión de que esta molestia es otra más de las secundarias a la posición. En el caso de las pacientes que se operaron en la posición ginecológica, es el soporte de la mesa de operaciones sobre el que descansan las piernas del paciente, y el hecho de ser las rodillas quienes cargan con todo el peso de las piernas, lo que hace que aquellas queden adoloridas.

En caso de la posición decúbito dorsal, una entusiasta fijación del paciente a la mesa de operaciones, con cinchos o correas sobre las rodillas, o el excesivo apoyo del cirujano o los ayudantes sobre las mismas, son los responsables de la aparición de esta secuela.

DOLOR DE QUIJADA

Hallazgo que se hizo en 14 pacientes, 11 del sexo femenino y 3 del masculino. A 12 de ellos se les administró anestesia general, 5 con mascarilla y 7 intubados, los otros dos fueron con bloqueo epidural. El primer día fué acusado por 12 pacientes, por 7 en el segundo, persistiendo únicamente en 1 al tercer día.

Esta molestia considerada por algunos pacientes como un dolor fuerte, podría ser originda por movilización poco cuidadosa al intuba al paciente; en otros casos el uso de cabezales muy ajustados, o cinchos para fijar los tubos muy apretados podrían ser los causantes. Uno de los pacientes que tuvo bloqueo epidural, estuvo durante toda la operación, que fue una laminectomía muy laboriosa, en decúbito ventral apoyando su cara gran parte del tiempo quirúrgico, sobre su maxilar inferior.

EXTRAVASACION DE SUERO

En 13 de los 163 pacientes estudiados, fue posible comprobarlo, siendo 7 mujeres y 6 hombres; el primer día se observó en 7 pacientes, y el segundo día en 6.

Para el presente estudio se tomó en cuenta aquellos en que se comprobó edema y dolor local, posiblemente las extravasaciones que no dejaron

ninguna señal local hayan sido un número bastante mayor, por no poderse comprobar, no se tomaron en cuenta. La mayoría de pacientes recibió anestesia general.

Indudablemente es debido a los movimientos desordenados del paciente, lo que hace que la aguja se salga de la vena, a la mala técnica de fijación de la venoclisis, o a una defectuosa canalización de la vena, o bien a condiciones especiales por parte del paciente, como por ejemplo: venas frágiles, venas delgadas, trombosis o ausencia de las mismas.

LESIONES DE LOS LABIOS

Lo encontramos en 12 pacientes, 5 hombres y 7 mujeres. En las primeras 24 horas se comprobó en 9 pacientes, posteriormente en otros 3. A 11 de ellos se les administró anestesia general, de ellos solo se intubaron a 4. Uno se abordó con anestesia epidural.

Hubo varios pacientes que se quejaron de molestias en los labios, sin embargo, solo se tomaron en cuenta aquellas lesiones que pudimos comprobar personalmente, en todos los casos del labio comprometido fue el inferior. La mayor parte de pacientes no fueron intubados, por lo que es lógico pensar, que el mecanismo mas frecuente fue la presión de la mascarilla o cánula de Mayo sobre los labios del enfermo; otra manera de producirlo es con el laringoscopio, cuando este no es introducido con cuidado, y quedando los labios aprisionados entre los dientes y la hoja del laringoscopio. Uno de los pacientes en que se observo tuvo bloqueo epidural, habiendo estado conciente en todo momento, se supone se trató de lesión producida por reseca de la mucosa bajo el efecto atropínico o bien a una auto lesión del paciente.

EQUIMOSIS

Se vió en 12 pacientes, 10 mujeres y 2 hombres, siendo más frecuente en las primeras horas post operatorias, pues se observó en 9 pacientes; en 2 aparecieron en el segundo día, y uno en el tercero; en todos se efectuaron técnicas intravenosas, la mayoría de estas se observaron en el dorso de las manos.

Se catalogó aquí, todas aquellas contusiones que eran obvias y que tenían por lo menos un centímetro de diámetro. Posiblemente todas se debieron a técnicas intravenosas defectuosas.

DOLOR COSTAL

Referido por 11 enfermos, 8 mujeres y 3 hombres, desde el primer día apareció en todos los pacientes, el segundo día persistía en 7 y al tercero únicamente en 3. A 9 se le dio anestesia general. Todos tuvieron procedimientos de más de una hora de duración, y la mayoría fueron pacientes ginecológicos.

La posición relacinada al tiempo de la operaciones y frecuentemente el apoyo de los ayudantes del cirujano sobre la parrilla costal del paciente, o el cambio de las curvas naturales de la columna debida al uso de relantes en un paciente acostado, pueden desencadenar este dolor.

HIPO

Se presentó en 9 casos, 6 mujeres y 3 hombres, en todos ellos desde el primer día; en 3 pacientes persistió el segundo día, y solo uno lo tuvo al tercer día. A 8 casos se les administró anestesia general, y a uno epidural en la mayoría de los casos las intervenciones fueron abdominales.

En todos los casos hubo distención gástrica, por lo que consideramos

que esto fue la causa principal que lo originó, En todos los casos cedió espontáneamente.

LESIONES DE NERVIOS PERIFERICOS

Ocurrieron en 15 pacientes, 8 mujeres y 7 hombres. La persistencia de ellos fue de un día en cinco casos, cinco en el segundo día y en los cinco restantes estuvo presente durante los tres días de control. Las anestésias fueron 10 generales, 4 epidurales y 1 raquianestesia. Las regiones afectadas fueron:

- Mano 8 casos
- Brazo 3 "
- Piernas 3 "
- Pie 1 "

Todas consistieron en parestesias de las distintas regiones y sensación de adormecimiento. En un caso hubo parálisis pasajera de la pierna derecha, en una paciente a quien se le había practicado histerctomía vaginal, con bloqueo epidural, otro caso de parálisis pasajera fue el de una paciente a quien se le practicó extirpación de un fibroadenoma de la mama, habiendo recibido para el efecto anestesia general, estuvo todo el tiempo quirúrgico en la posición de decúbito dorsal, la parálisis se presentó en los dedos meñique, anular y mediano, lo cual se puede explicar mediante una compresión del nervio cubital.

MOLESTIAS OCULARES

Referida por 5 mujeres y 3 hombres, en 4 pacientes se observó desde el primer día, en el segundo 6, y un caso al tercer. Todos recibieron aneste-

sia general; el 25% de los pacientes que fueron anestesiados con eter lo manifestaron y un 4.5% de los que recibieron ciclopropano. Las molestias fueron reportadas así:

Dolor. 5 casos
Ardor. 1 "
Vista borrosa. 1 "

Aunque no se hizo exámenes con fluoresceína para detectar ulceraciones de la córnea, no hubo ninguna lesión local, que se pudiera observar al simple examen habiéndose observado únicamente, en algunos casos, enrojecimiento de las conjuntivas. Es muy sugestiva la alta incidencia que hubo entre los pacientes que recibieron eter, podíamos entonces bajar el índice de esta molestia, si se usara algún unguento oftálmico rutinariamente, en todos los casos en que se va a usar este anestésico, aunque hay que evitar en todos los casos que la córnea sufra desecación.

RETENCION URINARIA

Los casos fueron 7, cinco hombres y dos mujeres. Seis recibieron anestesia general y uno bloqueo epidural. Todos los casos ocurrieron el primer día, y solo a un paciente hubo necesidad de cateterizarlo en dos oportunidades; en ningún caso se dejó sonda permanente.

Creímos que el número de pacientes de ésta serie sería más elevado; sin embargo, quizá porque a las pacientes ginecológicas, que es donde más se ha reportado este problema, se acostumbra en este hospital, dejarles rutinariamente una sonda de Folley, no se detecta este tipo de complicación, uno de los

casos en que se hizo una excepción, hizo retención urinaria, por lo que hubo necesidad de cateterizarla.

ADORMECIMIENTO DE LABIOS

Fue encontrado en 6 pacientes, de ellos 5 eran mujeres y un hombre en 5 casos apareció desde las primeras 24 horas, el segundo día persistía en 2 del día anterior y se agregó un nuevo paciente, al tercer día persistía en estos últimos tres. Todos recibieron anestesia general, 5 fueron intubados y uno no.

Casi todos los pacientes lo refirieron sobre todo en el labio superior: el hecho de fijar el tubo con cintas o esparadrapo, o el uso de cabezales muy apretados producen presión sobre los labios, sobre todo el superior, causando así compresión de las ramas del nervio facial que inervan la región, siendo posiblemente esta la causa de su aparecimiento, generalmente cede espontánea y rápidamente.

SORDERA

En todos los casos fue transitoria, de muy pocas horas de duración. Se presentó en 5 pacientes todas mujeres, en cuatro de ellas en las primeras horas post operatorias, en la quinta alrededor de las sesenta horas: cuatro tuvieron cirugía con anestesia general y la otra fue raquídea; de las generales fueron dos con eter y dos con ciclopropano. Tres de las pacientes eran del departamento de ginecología.

Algunos autores la reportan sobre todo, cuando los pacientes han sido ventilados con mascarilla, habiéndose dado casos hasta de ruptura de tímpanos. En nuestros pacientes cedió espontáneamente a las pocas horas y sin tratamiento alguno.

DOLOR DE HOMBROS

Cinco fueron los pacientes afectados, 4 del sexo femenino y uno del masculino. En 4 de ellos se presentó desde el primer día post operatorio, el segundo día lo tenía 3, y al tercero solo persistía en uno. Las posiciones fueron dos en decúbito dorsal, dos en ginecológica y una de navaja sevillana (Buie).

Es considerado como otra molestia secundaria a la mala posición del paciente, en algunas intervenciones se acostumbró el Trendelenbourg exagerado, necesitándose de soportes en los hombros para sostener al paciente, siendo entonces este otro mecanismo factible para el apareamiento de esta molestia.

LACERACION DE LA LENGUA

Observada en cuatro mujeres, 3 de ellas pacientes ginecológicas en todas se presentó desde el primer día, todas tuvieron anestesia general, habiendo sido tres de ellas intubadas, y la otra aunque no lo fue si se le colocó de Mayo.

En todos los casos se comprobaron las lesiones, las cuales podrían haber sido secundarias a traumatismos por el laringoscopio durante la intubación, o bien ser causadas por mordeduras que se ocasionan en el mismo paciente durante el período de recuperación.

DOLOR DE CODOS

Apareció en 4 hombres, en dos desde el primer día, en los otros dos al segundo día. Tres de ellos tuvieron anestesia general y el cuarto tuvo epidural. Todas las posiciones fueron de decúbito dorsal.

Generalmente es debido a una exagerada fijación de los brazos del paciente a los brazos cargadores de la mesa, o por apoyo directo de las protuberan-

oseas a superficies planas y duras.

DOLOR EN EL PUENTE DE LA NARIZ

Ocurrió en 3 pacientes mujeres: en un caso duró 24 horas, en otro 48 horas y en el tercero más de 72 horas. Dos de las pacientes pertenecían al departamento de ginecología.

Lo más aceptado es que sea causado por la mascarilla. En nuestros casos solo 1 recibió anestesia con esa técnica, los otros dos fueron intubados, y es posible que haya sido la unión metálica (Y) de los tubos corrugados, la que haya quedado montada sobre esta región quedando posteriormente esta secuela.

DOLOR DE TALON

Fue referido por 3 pacientes, todas mujeres, en una duró alrededor de 24 horas, en otra 48 y en la tercera alrededor de 72 horas, todas tuvieron anestesia general; dos pacientes fueron ginecológicas, y tuvieron esta posición durante la operación, la otra estuvo en decúbito dorsal.

En el caso de la paciente que estuvo en la posición de decúbito dorsal es muy posible que haya sido sujeta muy fuertemente sobre el rodillo, o bien que los talones estuvieran en contacto con superficies duras. En los casos de la posición ginecológica se explica únicamente si los soportes de la mesa fueran del sistema de correas y estas hayan quedado muy apretadas alrededor del talón, traduciéndose posteriormente en dolor.

DOLOR DE POMULOS

Referido por tres pacientes, dos mujeres y un hombre; en todos duró alrededor de 48 horas, todos recibieron anestesia general con mascarilla.

El abuso de fuerza para la aplicación o sujeción de la mascarilla es la causante de esta secuela, que aunque rara fue considerada como muy molesta.

LESIONES DENTALES

Ocurrió en dos pacientes, un hombre y una mujer; los dos tuvieron anestesia general con técnica de intubación.

En el caso del paciente hombre no se comprobó ninguna lesión aparente, únicamente fue referida por el paciente como dolor en las piezas dentarias, incluso más fuerte que el dolor de la región operatoria. El segundo caso fue el de una paciente del departamento de Ginecología a quién en el cuarto de recuperación se le vió una pequeña hemorragia en la cavidad bucal, posteriormente se notó que uno de los incisivos superiores estaba flojo, y luego fue desprendido con un vómito que la paciente tuvo. Estas lesiones son causadas por traumatismos durante la intubación, producto de una técnica deficiente para exponer la traquea.

DOLOR SUPRAORBITARIO

Ocurrió en un paciente del sexo masculino, persistió durante más o menos 24 horas, recibió anestesia general con técnica de mascarilla.

No tenemos explicación satisfactoria para esta secuela.

LESIONES DE ENCÍAS

Ocurrió también en un caso del sexo femenino que recibió anestesia general para lo cual fue intubada, el dolor persistió durante los tres días de control, comprobándose una laceración sobre la encía superior (la paciente carecía de dientes).

En esta paciente se comprobó la marca de la hoja del laringoscopio sobre la encía se debe a técnica deficiente al efectuarse la intubación.

FLEBOTROMBOSIS

Se investigó también en todos los pacientes pero no se encontró ningún caso.

PAROTIDITIS POST OPERATORIA

Se investigó también en todos los pacientes pero no se encontró ningún caso.

DISCUSION

Ya hemos visto, las principales complicaciones menores en orden de incidencia, y hemos hecho un breve comentario de cada una de ellas; ahora bien creemos que todas estas secuelas pueden catalogarse en general, como debidas a cuatro grandes factores:

- 1.- Al agente anestésico en sí
- 2.- A la técnica anestesiológica empleada
- 3.- A la posición del paciente
- 4.- A disposiciones propias del paciente.

Con esta base podemos hacer la siguiente clasificación

PRIMER GRUPO: Ocasionadas por el agente anestésico en sí: Podemos incluir en esta serie a la cefalea, como ya vimos hay una característica clásica en la cefalea post epidural y es que se presenta con el movimiento. Molestias oculares generalmente ocasionadas por eter las cuales pueden ser disminuidas si se evita la resequedad de la cornea. Dolor muscular generalizado es bien aceptado que es originado por las drogas relajantes. Boca seca ocasionada por el paso de gases secos.

SEGUNDO GRUPO: Boca seca dolor de garganta, tos ronquera flema dolor de quijada, lesiones en labios, lesiones en la lengua lesiones en dientes o encías generalmente son ocasionados por la intubación traumática o inadecuada del paciente, dolor supraorbitario, dolor en el puente de la nariz, y dolor de pómulos aparecen según el paciente haya tenido mascarilla, o la Y de los tubos corrugados haya estado en contacto con la superficie de la cara. Es decir que todas estas complicaciones son derivadas de la técnica anestesiológica empleada.

TERCER GRUPO: Debidas a la posición del paciente: entre estas podemos catalogar el dolor de espalda, de cintura, de piernas, de brazos, de nuca, de rodilla, de costillas, de hombros, de codos, de talón; incluyendo también aquí las lesiones de nervios periféricos. Todos estos puntos han sido vistos detalladamente por aparte.

CUARTO GRUPO: Debidas a disposiciones propias del paciente; náusea y vómitos es mucho mas frecuente en aquellos pacientes que tienen propensión a vomitar, así mismo hay pacientes muy propensos a formar equimosis con cualquier traumatismos; la condición de las venas del paciente puede ser factor de importancia en la extravasación de los sueros; pacientes crónicos que estan mucho tiempo encamados y que han aprendido a orinar acostados hacen mucho menos retenciones urinarias, que aquellos pacientes que aún en salud, no pueden orinar acostados.

CONCLUSIONES

1. Es indiscutible que la aplicación de técnicas correctas y cuidadosas, serán un factor decisivo para la prevención de las complicaciones.
2. Los diferentes factores que se suman para provocar estas complicaciones menores post anestesia; tales como posturas del paciente (compresiones nerviosas, parálisis musculares etc.), acción de ciertas drogas auxiliares, aditamentos accesorios usados en las técnicas anestesiológicas (tubos, cánulas, máscaras) y soluciones parenterales extravasadas en el tejido celular sub cutaneo. Estamos perfectamente convencidos que pueden ser controlados en su mayor parte.
3. El cuarto de recuperación juega un papel importante, en la prevención de complicaciones post operatorias; la presencia de personal entrenado, y la supervisión por parte del anestesiólogo y del cirujano, previenen un buen número de complicaciones post operatorias.
4. Para la adopción de ciertas posiciones quirúrgicas, creemos que es al anestesiólogo, quien debe asumir la responsabilidad, y revisión de las mismas, para prevenir complicaciones, pues desde el punto de vista fisiológico, posiciones forzadas, van a determinar cambios importantes, en la hemodinamia del paciente, así por ejemplo, se han reportado cambios en el volumen pulmonar sanguíneo, cambios en la elasticidad del pulmón o limitaciones en la expansión pulmonar, los que tarde o temprano repercutirán, sobre el sistema homeostático del paciente. Por otro lado, trastornos en el sistema músculo esquelético, sistema nervioso periférico y tegumentos, no deben me-

no apreciarse, ya que cualquier complicación sobre estos, resulta mucho mas difícil de curar, que la lesión patológica primaria.

5. La visita pre operatoria, es factor de vital importancia ya que en ella el anes-
tésiólogo, investiga en su paciente, antecedentes de anestesia previas, idio-
sincrasias (alergia, lesiones nerviosas, aprehensiones), y evita así provocar
nuevas complicaciones o reincidir.
6. Los estudios complementarios, pueden ser de gran ayuda, en la prevención de
complicaciones post operatorias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Burtles, R. and B. W. Peckett. "Postoperative vomiting: some factors affecting its incidence", Brit. J. Anaesth, 29: 114-123, 1957.
- 2.- Edmons and Eve H. "Minor sequelae post anaesthesia, pilot study" Brit. J. Anaesth 1 (4): 1961.
- 3.- Foster, G.A. "Muscle pains that follow administration of auxamethonium". British M. J. July 2, 1960 pp.24-25.
- 4.- Frey, R. et al. Tratado de anestesiología. Traducido de la edición alemana por Frey, Hügin y Mayhofer. Barcelona Imprenta Hispano Americana, 1961.- 688p.
- 5.- Harrison, T.R. Medicina Interna. 2da ed. México. Ed. Fournier, 1966, 2.000p.
- 6.- Harstsell, Charles and C.R. Stephen, "Incidence of throat following endotracheal intubation." The Canadian Anesthetists. M.D. Society Journal. 3 (11): 307-312, 1964.
- 7.- Lincoln, John R. et al. "Complications related to body positions during surgical procedure." The Journal of the American Society of Anaesthesiologists, 5 (22): 800-809, 1961.
- 8.- Lorhan, Paul H. et al. "Post operative parotitis" The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 5 (23): 659-661, 1961.
- 9.- Lund, Lawrence, and Felisario, Eos, "Effects on post-operative sore throat of two analgesic agents and lubricants used with endotracheal tubes." The Journal of the American Society of anaesthesiologists 5 (26): 681-683, 1965.

- 1.- "Minor sequelae of anaesthesia." Brit. J. Anaesth.
32 (6): 247. June 1960.
- 2.- Paton, Anthony "Postoperative complications." M. J. Aus-
tralia 46 (2):835-839. 1959.
- 3.- Pflugger, Heinz. Compendio de anestesia moderna. Ver-
sion española por J. Colon y Bragulat. Barcelona, Ed.
Científico Médica, 1964, 190p.
- 13.- Purkis, Ian, E. et al. "Factors that influence postopera-
tive vomiting." The Canadian Anaesthetists' Society
Journal. 4 (4): 335-353, 1964.
- 14.- Schleyer-Saunders, E. "Prevention of postoperative bacha-
che in women." British M. J. Jan 2. 1954 pp29-29.
- 15.- Shields, John. "Anestesiología Práctica" Barcelona
Ed. Salvat, 1965, 197p.
- 16.- Toreck, Max. Técnica quirúrgica moderna. 2a. Ed. Bar-
celona, Ed. Salvat., 1953.-
- 17.- Weldon, Bellville J. "Postanesthetic nausea and vomiting"
Journal of the American Society of Anaesthesiologists.
5 (22): 773-780, 1961.
- 18.- Wolfson, B. "Minor sequelae of endotracheal intubation",
Brit. J. Anaesth., 4 (3): 419-424. 1958.
- 19.- Wyant, Gordon M. and Allen B. Dobkin. "Further studies of
antisialogogue drugs in man." Anaesthesia, 2 (13):173-179.
1958.

Vobo: Ruth De Amaya
Bibliotecaria.

Pa R. de A.
Ruth De Amaya

[Handwritten Signature]
Médico infieri

[Handwritten Signature]
Asesor

Dr. Enrique Perez Riera

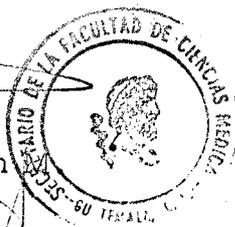
[Handwritten Signature]
Revisor

Dr. Carlos Rodríguez

[Handwritten Signature]
Jefe del departament

Dr. Enrique Perez Riera

[Handwritten Signature]
Secretario
Dr. Francisco Villagrán



Vo.Bo. *[Handwritten Signature]*
Decano

Dr. Rodolfo Solis Hege

