

# Complicações Pós-operatórias Menores Relacionadas à Anestesia em Pacientes de Cirurgias Eletivas Ginecológicas e Ortopédicas em um Hospital Universitário de Kingston, Jamaica

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

**Resumo:** Tennant I, Augier R, Crawford-Sykes A, Ferron-Boothe D, Meeks-Aitken N, Jones K, Gordon-Strachan G, Harding-Goldson H – Complicações Pós-operatórias Menores Relacionadas à Anestesia em Pacientes de Cirurgias Eletivas Ginecológicas e Ortopédicas em um Hospital Universitário de Kingston, Jamaica.

**Justificativa e objetivos:** As complicações anestésicas pós-operatórias menores podem aumentar o desconforto e a insatisfação do paciente e retardar sua recuperação. Este trabalho procurou determinar a frequência das complicações menores relatadas nas primeiras 48 horas do período pós-operatório por pacientes de cirurgias eletivas (ginecológicas e ortopédicas) no *University Hospital of the West Indies*, Jamaica. A satisfação geral com os cuidados anestésicos e os possíveis fatores de risco para desenvolver complicações também foram avaliados.

**Métodos:** Um estudo prospectivo e descritivo de coorte foi realizado por meio de entrevistas com pacientes operados 24 e 48 horas após a anestesia. Os dados foram analisados usando SPSS versão 12 e avaliados pelo teste do  $\chi^2$ -quadrado e modelos de regressão logística múltipla.

**Resultados:** Foram incluídos 505 pacientes, sendo 374 do sexo feminino (74%). A maioria era ASA I (55%) ou ASA II (38%) e foi submetida à anestesia geral (80%). Um total de 419 (83%) pacientes relataram pelo menos uma complicação pós-operatória. As complicações mais relatadas foram dor de garganta (44%), náusea (30%), vômito (24%) e tromboflebite (20%). A moda do Índice de Classificação Numérica Verbal (ICNV) para cada complicação variou entre 2 e 5, sugerindo que a maioria não causa desconforto grave. Idade inferior a 45 anos (OR 2,22, IC de 95% 1,34-3,69,  $p = 0,002$ ) e sexo feminino (OR 3,64, IC de 95% 2,14-6,20,  $p < 0,001$ ) foram identificados como variáveis independentes significativas. A maioria dos pacientes considerou sua experiência anestésica como excelente (51%) ou muito boa (22%).

**Conclusão:** Este estudo mostrou uma incidência relativamente alta de complicações menores pós-operatórias (83%), mas baixa gravidade dos sintomas relatados e um alto grau de satisfação geral. Deve ser dada atenção especial à redução dessas complicações menores por meio de técnicas anestésicas mais meticolosas.

**Unitermos:** AVALIAÇÃO, Atendimento anestésico; COMPLICAÇÕES, Pós-operatória; RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

## INTRODUÇÃO

As complicações pós-operatórias relacionadas à anestesia apresentam um amplo espectro de gravidade que varia de levemente perturbador sem sequelas em longo prazo até óbito ou invalidez permanente. Sugeriu-se que vários fatores contribuem para a morbidade pós-operatória e o tempo de

internação, incluindo comorbidades e seu controle pré-operatório, resposta ao estresse cirúrgico, disfunção orgânica pós-operatória, dor, má nutrição e distúrbios do sono<sup>1</sup>. A técnica anestésica e os medicamentos usados também podem contribuir para complicações pós-operatórias.

As queixas comuns incluem náuseas e vômitos, dor cirúrgica, dor de garganta, dor de cabeça, sonolência e vertigens, danos dentais, lesão de nervos periféricos e trombose superficial<sup>2</sup>. Paciente consciente durante a anestesia é uma complicação da anestesia muito rara, porém potencialmente devastadora<sup>3</sup>.

O desenvolvimento de agentes anestésicos mais seguros e dos modos de administração, assim como melhorias no monitoramento de pacientes e no controle da dor ao longo das últimas décadas, contribuíram para reduzir o risco anestésico. No entanto, embora tenha ocorrido um declínio importante na mortalidade e morbidade, as incidências de complicações menores e mais comuns não mudaram de modo significativo<sup>2</sup>.

Recebido da University of the West Indies, Jamaica.

1. Médica; Cirurgiã; Professor; Anestesiologista Consultor, University of the West Indies
2. Médico; Professor Associado; Anestesiologista Consultor, University of the West Indies
3. Enfermeira e Pesquisadora, University of the West Indies
4. PhD; Bioestatístico, Faculty of Medical Sciences, University of the West Indies
5. Médico; Professor; Anestesiologista Consultor, University of the West Indies

Submetido em 07 de maio de 2011.

Approved para publicação em 19 de junho de 2011.

Correspondência para:

Dra. Ingrid Tennant

Department of Surgery Radiology, Anesthesia and Intensive Care

University of the West Indies

Kingston 7. Mona, Jamaica

E-mail: [ingrid@ac-martin.com](mailto:ingrid@ac-martin.com)

Essas complicações mostram uma forte correlação entre satisfação geral do paciente e sua experiência anestésica<sup>4</sup>, e podem resultar em suficiente desconforto para o paciente que justifiquem mudanças na prática. Portanto, é importante que os anesthesiologistas monitorem os resultados clínicos e usem as informações obtidas para melhorar a qualidade do cuidado médico<sup>5</sup>.

As complicações anestésicas que ocorreram nos períodos intraoperatório e pós-operatório imediato (sala de recuperação) no *University Hospital of the West Indies* (UHWI) foram registradas<sup>6</sup>. Este trabalho teve como foco as complicações menores relatadas pelos pacientes após cirurgias eletivas ginecológicas e ortopédicas nas primeiras 48 horas do período após recuperação da anestesia e a satisfação geral desses pacientes com os cuidados anestésicos.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo e descritivo de coorte no *University Hospital of the West Indies* (UHWI), Kingston, Jamaica. O UHWI é um centro de referência terciário multidisciplinar com 500 leitos e hospital universitário afiliado à *University of the West Indies* (UWI). Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética da faculdade de Ciências Médicas da UWI.

Pacientes selecionados para cirurgias eletivas ortopédicas e ginecológicas que receberam tanto anestesia geral quanto local foram incluídos. Os seguintes grupos de pacientes foram excluídos: 1) pacientes com menos de 16 anos de idade; 2) pacientes com diagnóstico de retardo mental ou demência senil; 3) pacientes com deficiência auditiva; 4) pacientes internados por um dia (alta hospitalar em 24 horas pós-anestesia); e 5) pacientes que recusaram ou estavam impossibilitados de participar do estudo.

As estimativas do tamanho da amostra (usando Epi Info v. 3.3.2) indicaram que uma amostra da população de 486 participantes era necessária para conferir um poder de 80% e intervalo de confiança de 95%. Esse cálculo foi baseado em uma estimativa da frequência (10%) das piores complicações esperadas.

Os dados coletados incluíram idade do paciente, sexo, classificação do estado físico de acordo com a American Society of Anesthesiologists (ASA), condições clínicas pré-operatórias, técnica anestésica e duração da anestesia. Os procedimentos cirúrgicos foram classificados de acordo com a percepção do risco associado em: cirurgias maiores (p. ex., histerectomia de Wertheim, artroplastia total do joelho); intermediárias (histerectomia, redução aberta e fixação interna de fraturas) e menores (biópsia ou incisão e drenagem de abscessos). Outras informações registradas incluíram quaisquer complicações nos períodos intraoperatório ou de recuperação, obtidas dos prontuários anestésicos.

As complicações pós-operatórias foram documentadas por meio de uma entrevista e revisão de prontuários dos pacientes internados (24 a 48 horas após a anestesia) por enfermei-

ros treinados em pesquisa ou por um dos anesthesiologistas pesquisadores. Critérios definidos foram usados para cada complicação<sup>7</sup>.

Os pacientes também foram solicitados a pontuar a gravidade dos sintomas em uma escala de classificação numérica verbal (ECNV) de zero a 10, onde zero representa “ausente” e 10 representa “a pior gravidade que se possa imaginar”. O nível de satisfação do paciente com os cuidados anestésicos foi avaliado por duas perguntas na entrevista após a cirurgia: “Como você avaliaria o seu anestésico” (através de uma escala de Likert de 7 pontos) e “Você usaria esse tipo de anestésico novamente?” (sim/não).

Os dados foram analisados usando SPSS versão 12. A incidência de complicações anestésicas pós-operatórias foram expressas como um percentual de todos os anestésicos administrados na população estudada. Outras análises descritivas univariadas também foram obtidas.

Fatores de risco em potencial para complicações pós-operatórias foram avaliados por análise bivariada e teste de  $\chi^2$ -quadrado e um  $p < 0,05$  foi aceito como estatisticamente significativo. Depois de identificadas na análise bivariada, as variáveis significativas foram inseridas em modelos de regressão logística múltipla para examinar cada variável, enquanto se fazia o controle de todos os outros fatores de confusão.

## RESULTADOS

Os dados foram coletados entre junho de 2009 e setembro de 2010. Um total de 525 pacientes atenderam aos critérios de inclusão e concordaram em participar do estudo, mas 20 foram excluídos devido a dados ausentes. A amostra total incluiu 374 mulheres (74%) e 131 homens (26%), com 58% dos pacientes designados para cirurgias ginecológicas e 42% para ortopédicas. A idade média era de  $44,8 \pm 15,2$  anos (variação 16-88 anos) e a mediana de 43 anos. A maioria foi classificada como ASA I (55%) ou ASA II (38%) (Tabela I) e teve seus procedimentos realizados sob anestesia geral (80%,  $n = 404$ ). O restante foi submetido a bloqueio neuroaxial (18%,  $n = 91$ ) ou de nervo periférico (1,5%,  $n = 7$ ); dois pacientes (0,5%) foram submetidos a uma técnica combinada (bloqueio do nervo e anestesia geral).

Os procedimentos intermediários foram presenciados com mais frequência (83%) e a maioria (41%) teve entre uma e duas horas de duração (Tabela I). As comorbidades mais frequentes foram hipertensão (26%), diabetes mellitus (9,5%) e asma (7,5%) (Tabela II). Aproximadamente um terço dos pacientes (31%) teve uma comorbidade e outros 17% tiveram múltiplas comorbidades.

### Complicações intraoperatórias e na Recuperação Pós-anestésica

Um total de 77 pacientes (15%) teve uma complicação registrada no período intraoperatório ou no período pós-operatório imediato. Cinco por cento dos pacientes apresentaram com-

**Tabela I** – Características dos Pacientes

Características	Nº (%)
Gênero	
Masculino	131 (25,9)
Feminino	374 (74,1)
Estado ASA	
ASA I	278 (55,0)
ASA II	192 (38,0)
ASA III	34 (6,7)
ASA IV	1 (0,2)
Grau de risco cirúrgico	
Menor	16 (3,2)
Intermediário	419 (82,8)
Maior	70 (13,8)
Duração da anestesia	
60 min.	58 (11,5)
61-120 min.	206 (40,8)
121-180 min.	145 (28,7)
181-240 min.	56 (11,1)
> 240 min.	40 (7,9)
Especialidade cirúrgica	
Ginecologia	293 (58,0)
Ortopedia	212 (42,0)

**Tabela II** – Incidência de Comorbidades

Comorbidades	Número	Porcentagem
Hipertensão	133	26,3
Diabetes	48	9,5
Tabagismo	43	8,5
Asma	38	7,5
Uso de maconha	26	5,1
Doença cardíaca	10	2,0
Doença renal	9	1,8
AVC	9	1,8
Doença falciforme	8	1,6
Doença da tireoide	8	1,6
Epilepsia	2	0,4
NVPO	1	0,2

AVC: acidente vascular cerebral; NVPO: náuseas e vômitos no pós-operatório.

plicações cardiovasculares, como hipotensão, hipertensão ou arritmias, e 4,5% experimentaram hemorragia significativa (perda sanguínea > 10% do volume de sangue estimado). Apenas 1% dos pacientes apresentou náuseas e vômitos no período pós-operatório imediato (Tabela II). Oito pacientes tiveram duas complicações e dois tiveram três complicações.

O período de recuperação transcorreu sem incidentes significativos para a maioria dos pacientes, com 96% (n = 487) encaminhados para a enfermaria dentro de quatro horas. Os outros 4% (n = 18) foram monitorados na sala de recuperação pós-anestesia (SRPA) por mais de seis horas para tratamento da dor ou reposição de líquidos, mas foram liberados mais tarde sem intercorrências para a enfermaria. Não houve internações em UTI tanto no pós-operatório imediato quanto depois de estarem na SRPA.

**Tabela III** – Complicações nos Períodos Intraoperativo e Pós-operativo Imediato

Complicações	Número	Porcentagem de todos os anestésicos
Cardiovascular	26	5,1%
Respiratória	7	1,4%
Hemorragia	23	4,5%
Falha da técnica/equipamento	22	4,3%
NVPO	5	1,0%
Outras	6	1,2%

NVPO: náuseas e vômitos no pós-operatório.

**Tabela IV** – Incidência de Complicações Pós-operatórias e Índice de Gravidade

Complicação	Número (%)	Mediana ECNV	Moda ECNV
Dor de garganta	223 (44,2)	3	2
Náusea	152 (30,1)	4	3
Vômito	123 (24,4)	4	4
Tromboflebite	99 (19,6)	3	2
Trauma oral	97 (19,2)	3	2
Dor nas costas	86 (17,0)	5	5
Mialgia	68 (13,5)	4	2
Dor de cabeça	54 (10,7)	3	2
Problemas de micção	47 (9,3)	5	5
Parestesia	46 (9,1)	5	3
Déficit motor	16 (3,2)	5	5
Pesadelos	10 (2,0)	5,5	5
Perda de memória	7 (1,4)	5	3
Trauma dentário	4 (0,8)	4	2
Consciência	0	--	--

ECNV: Escala de classificação numérica verbal

### Complicações pós-operatórias

De todos os pacientes entrevistados, um total de 419 (83%) relatou pelo menos uma complicação pós-operatória. As queixas mais frequentes foram dor de garganta (44%), náusea (30%), vômito (24%), tromboflebite (20%) e trauma oral (19%). Nenhum dos pacientes que foram submetidos à anestesia geral relatou consciência durante a operação (Tabela III). A ECNV mediana para cada complicação variou entre três e cinco de um total de 10, e o modo foi de dois para cinco, sugerindo que a maioria das complicações não causaram extremo desconforto aos pacientes (Tabela IV).

As correlações com complicações pós-operatórias que foram significativas incluíram idade, sexo, especialidade cirúrgica e técnica anestésica. A idade média dos pacientes que relataram complicações era de  $43,4 \pm 14,2$  anos, comparada com  $51,8 \pm 19,3$  anos daqueles que não relataram complicações. Dos pacientes com menos de 45 anos, 87% relataram pelo menos uma complicação, em comparação com 78% dos pacientes com mais de 45 anos ( $p < 0,001$ ). Já entre as mu-

**Tabela V** – Complicações versus Técnica Anestésica

Complicações	Técnica Anestésica				P
	AG	AR	BN	Combinadas	
Dor de cabeça	38	16	-	-	< 0,001*
Dor de garganta	211	7	2	2	< 0,001*
Mialgia	56	10	1	-	0,825
Náusea	128	22	1	-	0,490
Vômito	98	23	1	-	0,573
Trauma oral	93	4	-	-	< 0,001*
Trauma dentário	4	-	-	-	-
Tromboflebite	85	12	2	-	0,065
Perda de memória	6	1	-	-	0,405
Problemas de micção	36	10	-	-	0,952
Pesadelos	9	-	-	-	-
Dor nas costas	68	17	-	-	0,925
Déficit motor	12	2	1	-	0,163
Parestesia	31	12	1	1	0,029*

AG: Anestesia geral; AR: Anestesia regional; BN: Bloqueio de nervo.

Iheres, 88% relatou complicações versus 68% dos homens ( $p < 0,001$ ). As pacientes ginecológicas foram mais propensas a queixas comparadas às pacientes ortopédicas (89% vs. 74%,  $p < 0,001$ ). Os pacientes que receberam anestesia geral apresentaram um percentual maior de queixas no pós-operatório do que aqueles que receberam um anestésico local (87% vs. 65%, respectivamente,  $p < 0,001$ ).

Queixas específicas também mostraram correlações significativas: dor de garganta e trauma oral estavam associados à anestesia geral ( $p < 0,001$ ); e dor de cabeça à anestesia local ( $p < 0,001$ ) (Tabela V). Uma análise de regressão logística foi realizada para identificar as variáveis independentes associadas às complicações pós-operatórias. Estas incluíram idade inferior a 45 anos (OR 2,22, IC 95% 1,34-3,69,  $p = 0,002$ ) e sexo feminino (OR 3,64, IC 95% 2,14-6,20,  $p < 0,001$ ). O controle por gênero resultou em perda de significância para especialidade cirúrgica, e a técnica anestésica também perdeu a significância após o controle por idade.

Não houve correlação entre o risco de desenvolver complicações pós-operatórias menores e o estado ASA ( $p = 0,069$ ); uma comorbidade ( $p = 0,479$ ); comorbidades múltiplas ( $p = 0,052$ ); complicações intraoperatórias ou na SRPA ( $p = 1,000$ ); grau de risco do procedimento ( $p = 0,330$ ); ou duração do mesmo ( $p = 0,202$ ). Importante notar que a presença de uma comorbidade ( $p = 0,032$ ) e de comorbidades múltiplas ( $p = 0,01$ ) foi significativamente correlacionada a complicações intraoperatórias e na SRPA.

### Classificação da experiência com a anestesia

Metade dos pacientes entrevistados (51%) considerou sua experiência com a anestesia como excelente, e outros 22% a classificaram como muito boa. Dez pacientes (2%) des-

creveram sua experiência como “ruim”, relatando em média 2,5 complicações. Oito desses pacientes foram submetidos a uma anestesia geral. Daqueles 10 pacientes, oito também tiveram pelo menos uma complicação, com uma ECNV de cinco ou mais, e três apresentaram pontuações de 10 (um teve dor de garganta, outro teve vômitos e o outro teve pesadelos). A maioria (92%) indicou que optaria novamente pela mesma técnica anestésica em caso de outro procedimento cirúrgico.

### DISCUSSÃO

Uma morbidade menor, como náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO), dor de garganta e dores de cabeça, pode ter um impacto significativo sobre a recuperação da anestesia, com diminuição da função e uma retomada mais lenta das atividades diárias normais após a alta<sup>2</sup>. A frequência de complicações pós-operatórias varia muito na literatura.

Uma análise das complicações pós-operatórias observadas em um hospital universitário de grande porte entre 1979 e 1983, incluindo mais de 60.000 pacientes, revelou incidência de 0,04% para complicações pós-operatórias maiores e de 9,4% para menores<sup>5</sup>. No entanto, um estudo que analisou especificamente as complicações pós-operatórias menores após anestesia geral em 4.173 pacientes relatou uma incidência de 41%<sup>8</sup>.

A diferença nos resultados desses dois estudos pode refletir uma diferença de metodologia. O primeiro registrou a sintomatologia voluntariamente concedida pelos pacientes, enquanto o segundo questionou-os usando uma lista predefinida de resultados/complicações. O nosso estudo, utilizando um método semelhante, também mostrou uma alta incidência de complicações menores (83%).

Uma revisão abrangente de artigos publicados entre 1966 e 2003, investigando o risco perioperatório e complicações associadas à anestesia, revelou uma grande variedade de incidências específicas para complicações menores<sup>2</sup>. Descobrimos que a dor de garganta é relativamente comum, embora raramente seja uma queixa grave, com uma incidência de 44%. Uma variação entre 14% e 64% relatada após a intubação traqueal<sup>2</sup> sugere que um aprimoramento, como uma aspiração menos agressiva, pode ocorrer em nossa técnica para reduzir essa incidência.

Em nosso estudo, a incidência de náusea e vômito foi de 30% e 24%, respectivamente, o que mais uma vez refletiu a variação relatada entre 20% e 30%<sup>2</sup>. O único outro estudo realizado na Jamaica que avaliou NVPO fora do período da sala de recuperação foi de pacientes submetidos à laparoscopia e colecistectomia aberta, os quais foram avaliados por 24 horas no pós-operatório<sup>9</sup>. Sua incidência global de 28,7% está de acordo com nossos achados.

A incidência geral de mialgia por nós constatada foi de 13,5%, o que, com base nas conclusões de outros pesquisadores (1,5% a 89%), não foi incomum<sup>2</sup>. No entanto, não documentamos o uso de injeções intramusculares ou suxamônio, ambos os quais podem ter impacto na mialgia; é prática

comum em nossa instituição evitar essa droga em pacientes eletivos, salvo indicação específica. As injeções intramusculares, por outro lado, são quase que universalmente usadas para fornecer analgésicos porque esse método é barato e simples. Essa prática talvez precise ser revista.

Neste estudo, a incidência combinada de trauma oral e dentário foi de 20%, embora os danos aos dentes tenham representado apenas 0,8%. O primeiro índice foi alto comparando-se a uma incidência relatada de 7% para todos os tipos de traumas orais (de laceração de tecidos moles à fratura ou avulsão do dente) em pacientes intubados<sup>2</sup>. O valor elevado pode estar relacionado ao fato de a nossa instituição ser um hospital universitário, com treinamento de estudantes de graduação e pós-graduação, menos hábeis na manipulação das vias aéreas para evitar trauma oral. Esta é uma área que requer investigação adicional para determinar a causa, elaborar e instituir mudanças destinadas a reduzir a ocorrência de complicações.

Também documentamos incidência de 17,0% de dor nas costas superior à que foi observada em outros estudos<sup>5,8</sup>. Não encontramos uma associação significativa com a raqui-anestesia ( $p = 0,9250$ , Tabela V) e influência devido ao posicionamento do paciente (p. ex., litotomia) não foi averiguada na coleta de dados.

Não encontramos correlação entre a classificação do estado físico (ASA) e a frequência de queixas menores. Isso pode ter acontecido devido ao baixo número de pacientes ASA III e IV (6%), o que torna difícil fazer comparações. Além disso, o trabalho de Lee e col.<sup>10</sup> sugere que há uma correlação inconsistente da classificação ASA com uma menor morbidade pós-operatória, em oposição a uma forte correlação daquela com as principais complicações e mortalidade.

Vários estudos têm demonstrado que o risco de complicações pós-operatórias menores (náuseas, vômitos, cefaleia, dor nas costas) é maior nas mulheres<sup>4,8</sup>. Nós também constatamos essa correlação, uma vez que a percentagem de mulheres relatando essas queixas é maior (88% vs. 68%). Uma possível explicação para isto é que, para as mulheres, é mais socialmente aceitável expressar seus desconfortos, enquanto os homens tendem a relatar menos suas complicações. As diferenças hormonais parecem improváveis, pois nenhuma diferença foi demonstrada entre as mulheres pré- e pós-menopausa<sup>8</sup>.

Neste estudo, os pacientes mais jovens também foram mais propensos a queixas do que os pacientes mais velhos e a diferença foi mais acentuada nos pacientes com menos de 45 anos. Nossas observações podem refletir um maior estoicismo por parte dos pacientes mais velhos<sup>11,12</sup>, que podem, com maior probabilidade, ter passado por experiências prévias com anestesia; podem, portanto, ser menos propensos a relatar problemas menores, mesmo quando entrevistados. Esse fato é corroborado por estudos de satisfação do paciente pós-anestesia que relatam índices mais altos de satisfação em pacientes idosos. Essa diferença foi observada em pacientes acima de 65 anos de idade<sup>4</sup>.

É interessante notar que, apesar da alta incidência de queixas, a satisfação geral com a anestesia foi elevada. Não podemos identificar quaisquer razões para essa aparente discrepância em nossos achados. Satisfação é definida como “o equilíbrio entre o que se espera e a percepção do que foi obtido”<sup>13</sup>; é possível que nossos pacientes tenham esperado algum grau de desconforto pós-operatório, sendo, portanto, menos propensos a dar uma pontuação baixa a uma experiência dentro de suas expectativas. Outra possibilidade é a tentativa de agradar o entrevistador e criar uma impressão favorável.

### Limitações

As entrevistas com pacientes têm o potencial de aumentar ou diminuir o relato de complicações devido ao viés de memória<sup>14</sup>. As perguntas sobre a satisfação do paciente não determinaram aspectos específicos do atendimento, sendo gerais e inespecíficas; uma única classificação geral pode ser insensível às deficiências presentes no atendimento. A falta de variabilidade no ASA, o grau de risco e a duração da anestesia entre a população estudada podem ter interferido na ausência de correlação observada entre essas variáveis e complicações. Além disso, esse estudo pode não ter obtido um poder estatístico adequado para detectar uma baixa frequência de complicações, como a consciência durante a operação (incidência relatada de < 0,3%), o que pode explicar porque essa incidência não foi observada.

### CONCLUSÃO

Este estudo mostrou uma alta incidência de complicações menores pós-operatórias (83%), mas uma baixa gravidade dos sintomas relatados e um alto grau de satisfação geral. Um número maior de complicações foi observado em pacientes mais jovens e do sexo feminino, sendo dor de garganta, náuseas, vômitos e traumas orais os mais frequentes. Atenção especial deve ser dedicada à redução dessas complicações menores por meio de técnicas anestésicas mais meticulosas. O nosso objetivo com cada anestesia deve ser o de proporcionar uma experiência segura e confortável para o paciente.

### AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer aos enfermeiros do Departamento de Pesquisa, do Departamento de Cirurgia, Radiologia, Anestesia e Cuidados Intensivos por sua assistência na coleta e inserção de dados. Gostaríamos também de agradecer ao Professor R. Carpenter por seus conselhos inestimáveis ao longo deste projeto.

## REFERÊNCIAS/REFERENCES

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

---

**Resumen:** Tennant I, Augier R, Crawford-Sykes A, Ferron-Boothe D, Meeks-Aitken N, Jones K, Gordon-Strachan G, Harding-Goldson H – Complicaciones Postoperatorias Menores Relacionadas con la Anes-

tesia en Pacientes para Cirugías Electivas Ginecológicas y Ortopédicas en un Hospital Universitario de Kingston, Jamaica.

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

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

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

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

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