

1120256
91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

"ANALGESIA POSTOPERATORIA POR VIA EPIDURAL, EN
COLECISTECTOMIA ABIERTA,
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE BUPRENORFINA Y
FENTANYL"

Realizado en el Benemérito Hospital General "Juan María de
Salvatierra"
Secretaría de Salud, La Paz, Baja California Sur.

T E S I S

Que para obtener el Título de Médico Especialista en
Anestesiología
Presenta:

Dr. Francisco Sánchez López

Hermosillo, Sonora Febrero de 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

**"ANALGESIA POSTOPERATORIA POR VIA EPIDURAL, EN
COLECISTECTOMIA ABIERTA,
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE SUPREORFINA Y FENTANYL"**

*Realizado en el Benemérito Hospital General "Juan María de
Salvatierra"*
Secretaría de Salud, La Paz, Baja California Sur.

T E S I S

*Que para obtener el Título de Médico Especialista en Anestesiología
Presenta:*

Dr. Francisco Sánchez López.

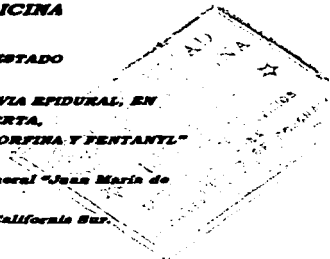
Dr. Víctor Alberto Juárez
Presidente Titular

Dr. Gustavo Weigand
Jefe de Enseñanza del
Hospital General del
Estado de Sonora.

Dr. Jesús L. Moisés C.
Asesor

Dr. Jesús Rafael Parass
Asesor

Hermosillo, Sonora Febrero de 1997.



AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Cruz Patricia, por su amor y comprensión durante el tiempo de sacrificios para la preparación de mi carrera.

Con todo mi amor a mis hijos: Yareni y Francisco, Por esperar pacientes que pasara día tras día y llegar el momento de estar a su lado.

A quienes de alguna manera han contribuido para mi realización como Médico Especialista.

*Mis Padres: Ramiro Sánchez Jiménez y
Soledad López González*

*Mis Hermanos: Fidel Alejandro,
Sara Soledad,
Rafael Nabor,
Terecita Sofía,
Fernando y
Noélen.*

*Mis Maestros y Amigos: Dra Ms. Antonia Soto M.,
Dr. Jesús Moreno C.,
Dr. Julio César Juárez P.,
Dr. José Luis Salinas C.,
Dr. Joaquín Montaña S.,
Dr. Sergio Castañeda M.,
Dr. J. Miguel Olvera M.,
Dr. Abelardo Masamero M.,
Dr. Oscar Verdugo P.,
Dr. Francisco Cardona M.*

INDICE

Página

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	11
DISCUSION	24
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	27

**Analgésia postoperatoria por vía epidural, en colecistectomía abierta”
estudio comparativo entre Buprenorfina y Fentanyl.**

Resumen

El dolor agudo postoperatorio es un grave problema que cuando no es manejado en forma adecuada no solo causa malestar innecesario al paciente, sino que también puede elevar la morbilidad y ser origen de muchas complicaciones.

Los pacientes en postoperatorio inmediato de colecistectomía abierta refieren dolor intenso, aún con doble esquema analgésico por vía parenteral (dipirona + ketorolaco) iniciando deambulación de 20 - 24 hrs promedio después de cirugía, presentando retardo en recuperación e incremento en días de estancia hospitalaria.

Acutalmente se administran opiáceos por vía epidural con buenos resultados. La popularidad de esta vía se basa en: a) posibilidad de reinyectar a través de catéter. b) facilidad para cambiar dosis o narcótico y c) La experiencia que tienen los anestesiólogos para el manejo de instrumentación epidural.

Material y Metodos

Se estudiaron 14 pacientes ASA I y II divididos en dos grupos de 7 pacientes; terminada la cirugía observamos estrechamente a cada uno para determinar finalización de efecto anestésico residual y al referir el paciente dolor de 3 ó más puntos mediante escala visual análoga (EVA), aleatoriamente administramos por vía epidural buprenorfina 1 Mcg/kg ó Fentanyl 50 Mcg dosis estandar, diluyéndose con cloruro de sodio al 0.9% hasta un total de 20 ml de volumen , observamos y valoramos calidad analgésica, parámetros clínicos y probables efectos colaterales durante 24 hrs.

Resultados

Los pacientes del grupo buprenorfina se aplicó una dosis en 6 de ellas y solamente a 1 se aplicó refuerzo; y las del grupo de fentanyl 4 recibieron una dosis del medicamento y a 3 de ellas se aplica dosis de refuerzo y a una de estas últimas se administra analgesia parenteral. Con respecto a los parámetros clínicos no encontramos cambios significativos ya que presentaron una media de: frecuencia respiratoria 18.4 x' Vs 17.7 x' frecuencia cardiaca de 74.4 X' Vs 75.3 x' y presión arterial de 114/74 Vs 115/72 mmHg para Buprenorfina y Fentanyl respectivamente.

Los efectos colaterales que más sucedieron fue náusea y vómitos: presentándolo con buprenorfina 3 pacientes (42.6%) Vs 2 pacientes (28.57%) que recibieron Fentanyl.

Discusion

Consideramos que la dosis de 1 Mcg/kg de Buprenorfina diluido en 20 ml de volumen es confiable y proporciona buen tiempo de analgesia, permitiendo deambulación temprana y rápido egreso hospitalario del paciente. La duración de la analgesia observada con fentanyl fue menor que con la Buprenorfina.

Conclusiones

Los dos opiáceos presentaron: a) excelente analgesia, b) latencia corta c) larga duración.

La analgesia epidural posoperatoria es una alternativa práctica y segura para brindar analgesia, recuperación temprana y mínimos efectos colaterales en paciente sometidos a colecistectomía abierta.

Palabras Claves: Analgesia: epidural postoperatoria, opiáceos, buprenorfina, fentanyl, Valoración de ASA, Escala visual análoga (EVA).

INTRODUCCION

El dolor agudo posoperatorio es un evento común en nuestro medio, el cual hay que evitar por múltiples complicaciones que su presencia pueda provocar.

El dolor es después de la muerte, la manifestación más temida de la enfermedad, sinónimo de desventura y la causa más frecuente por la que los pacientes recurren al médico. El alivio del dolor ha sido una preocupación de la humanidad que en su búsqueda ha orientado muchos esfuerzos, tanto en el terreno de la magia, como en el de la ciencia. 1

El dolor es una experiencia subjetiva la cual se encuentra influenciada por una variedad de factores: cultura, nivel socioeconómico, estado psicológico, experiencias anteriores, dosis inadecuada o la no administración del analgésico por servicio de enfermería (2-5). Se ha demostrado que el dolor postoperatorio es de moderado a intenso en un número elevado de casos que van del 47 al 80%, en particular la magnitud del dolor de cirugía de abdomen superior (colecistectomía) en las primeras 24 horas es intenso, valorándose de 7-10 por Escala Visual Análoga (EVA). 6,7

El dolor agudo postoperatorio es un grave problema que aunado no es manejado en forma adecuada no solo cause un malestar innecesario al paciente, sino que también puede elevar la morbilidad y ser origen de muchas complicaciones: en el postoperatorio de abdomen superior la función pulmonar queda alterada y una parte importante parece ser secundaria al dolor, además también tiene consecuencias sobre la función cardiovascular, puede causar ileo, náusea y vómito por los impulsos nociceptivos, que nacen de las víceras y estructuras somáticas siendo causa de algunos síndromes dolorosos postquirúrgicos persistentes. 8,9

Se ha reportado que los pacientes en el postoperatorio inmediato de colecistectomía abierta refieren dolor intenso, aún con doble esquema analgésico (dipirone + ketorolaco), iniciando deambulación de 20-24 hrs promedio después de cirugía en la mayoría de los casos, presentando retardo en recuperación e incremento en los días de estancia hospitalaria. 10

Se eligió la colecistectomía abiertas, ya que es la cirugía de abdomen superior más frecuente de forma electiva en pacientes que fluctúan de 20 a 50 años, en la que proporcionaremos analgesia por vía epidural, utilizando opiáceos que presentan: 1) Excelente analgesia, 2) Latencia corta (acción rápida), 3) Larga duración y 4) Bloqueo motor negativo.

En los pacientes que han recibido anestesia general, no es recomendable analgésicos por vía oral, ya que el paciente puede encontrarse bajo los efectos anestésicos residuales de esta forma estar afectado su estado de conciencia y sus reflejos protectores de la vía aérea: La vía sublingual tampoco es ideal en los que recibieron anestesia general, ya que durante el proceso anestésico se emplean fármacos que disminuyen la producción de secreciones a nivel oral, 11 y por lo tanto el medicamento no encuentra un pH adecuado para ser absorbido. 12 Los posibles efectos terapéuticos de la administración de opiáceos cerca de la médula o en ella misma surgió de la detección de receptores opiáceos por Pert y cols. 13 en 1976.

Sin embargo, es interesante recordar que Kitawa, al parecer administró morfina por vía intradural en 1901. 14

El uso de opiáceos por vía epidural para el control del dolor postoperatorio, está siendo difundido ampliamente por la facilidad de administración de estos medicamentos, con una buena duración de la analgesia y mínimos efectos secundarios, favoreciendo con ello la temprana deambulación y la disminución de factores que alteran la capacidad residual funcional.

La demostración de efecto analgésico obtenido con la administración de opiáceos en los receptores de la médula espinal ha producido una explosión de interés en la aplicación clínica de esta técnica.

Un agente analgésico efectivo, es aquel que es efectivo seguro y se encuentra disponible. La analgesia epidural con anestésicos locales es efectiva, pero debido a la presentación relativamente frecuente y potencialmente seria de complicaciones asociadas (retención urinaria, hipotensión ortostática, debilidad de miembros inferiores) el uso de estos requiere un monitoreo de cuidados intensivos, lo cual limita el uso de analgesia epidural en el postoperatorio. Estos problemas han llevado a la búsqueda para encontrar otros agentes de manera más importante, el uso de opiáceos los cuales inhiben estímulos nociceptivos.

La inyección de opiáceos dentro del espacio epidural produce analgesia postoperatoria por acción sobre los receptores en la lámina II, IV y V de la sustancia gelatinosa. 15

El Fentanyl, ha sido ampliamente utilizado por vía epidural para el control del dolor de diferente etiología, observándose una analgesia suficiente sin depresión respiratoria, administrando 50 Mcg por vía epidural en diferentes diluciones de volumen, observando que esta dosis estándar de fentanyl diluido en gran volumen podría incrementar el área de exposición de la droga y así aumentar el número de receptores opiáceos afectados. 16

La Buprenorfina, es un analgésico de tipo central, con propiedades agonistas antagonistas, que tiene utilidad en el control del dolor de diversa etiología, aunque su introducción en México es reciente, se cuenta con un amplio conocimiento del mismo en Europa. Para el dolor postoperatorio se ha sugerido la administración intravenosa de buprenorfina 17, así como por vía epidural. 6,16 diluido en cloruro de sodio al 0.9% pudiendo aumentar la dosis conforme se necesite hasta alcanzar el alivio del dolor. 18

Actualmente se usan vías alternativas de administración de los opiáceos como es por la vía epidural con buenos resultados. La oportunidad de esta vía se basa en: 1) Posibilidad de reinyectar opiáceos a través de un catéter por períodos de tiempos prolongados, 2) Facilidad que existe para cambiar la dosis o el narcótico aplicado y/o cambiarlo con otros moduladores neuroaxiales y 3) La experiencia que tienen los anestesiólogos para manejar este tipo de instrumentación epidural. 19

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo a 14 pacientes sometidos a colecistectomía abierta en forma electiva durante 3 meses, comprendido entre el 1° de Julio al 30 de Septiembre de 1996, en un Hospital de 2° nivel de S.S.A. de La Paz, Baja California Sur, sometiendo a todos los pacientes que reunieron criterios de inclusión. Se ingresaron al estudio en una forma aleatoria y divididos en dos grupos de 7 pacientes cada uno, a los que se administró Buprenorfina y Fentanyl a los otros por vía epidural.

METODO

Este protocolo fue revisado y autorizado por el Comité de Investigación y del Benemérito Hospital General "Juan María Salvatierra" de La Paz, Baja California Sur.

Se incluyeron para el presente estudio pacientes de ambos sexos con valoración de la A.S.A. , de 20 a 50 años de edad, detectados y derivados por consulta externa del Servicio de Cirugía, para realizar colecistectomía abierta en forma electiva, que reunieron criterios de inclusión, pasando a cada uno de los pacientes a la sala de quirófano central de Benemérito Hospital General "Juan María Salvatierra", procedimos primeramente a monitorizar signos vitales, posteriormente colocamos en decúbito lateral para iniciar la asepsia de región lumbar con yodine solución, colocación de campo estéril se realiza habón dérmico con aguja No. 25, se infiltra ligamento supraespinoso con aguja No. 22 con solución de lidocaine al 1% a nivel de L2-L3 posteriormente se introduce aguja de Touhy No. 16 metálica con punta de Huber y con la técnica de pérdida de la resistencia se llega al espacio epidural y dejamos catéter inerte en dirección cefálica, se coloca al paciente en decúbito dorsal e iniciamos procedimiento de anestesi general balanceada (Enflurano, Fentanyl).

Terminada la cirugía, trasladamos a cada paciente a la sala de recuperación postanestésica, donde observamos estrechamente a cada uno para determinar la finalización del efecto anestésico residual y al referir el paciente dolor de 3 o más puntos mediante Escala Visual Análoga (REVA), aleatoriamente administramos por vía epidural Buprenorfina 1 Mcg/kg o Fentanyl 50 Mcg dosis estándar, diluyéndose cualquiera de éstos dos medicamentos con cloruro de sodio al 0.9% hasta total de 20 ml de volumen.

El analgésico se administró en un período máximo de 24 hrs. a intervalos de cada 8 horas en caso necesario, después de administrado el medicamento observamos y valoramos efectos analgésicos y probables efectos secundarios de cada uno de ellos, evaluando parámetros clínicos y dolor mediante EVA, a los 15, 30, 60 minutos 2,4,6,8,12,18 y 24 horas después de administrado el medicamento teniendo siempre disponible naloxona por si había necesidad de revertir probable depresión respiratoria la cual se tomó como tal cuando el paciente presentara 10 ventilaciones por minuto.

En caso necesario se administró analgésico suplementario por vía intravenosa, dipirone 1 gr y si era alérgico a ésta ketorolaco 30 mgs. En caso que se requiera naloxona ó analgésico suplementario se aborta el método y se dá como fallido el mismo, retiramos catéter, de lo contrario si no hay necesidad de esto último se prosigue el método hasta cumplir 24 hrs, se retiró el catéter y se realizaron conclusiones.

TECNICA DE ANALISIS ESTADISTICO

- . Media*
- . Desviación estandar*
- . Prueba "t" de Student*

RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo entre dos tipos de analgésicos opiáceos (Buprenorfina Vs Fentanyl), administrados por vía epidural en pacientes sometidos a colecistectomía abierta en forma electiva en el Benemérito Hospital General "Juan María Salvatierra".

El estudio se realizó en un período de 3 meses, comprendido entre el 1º de Julio al 30 de Septiembre de 1996, sometiendo a todos los pacientes que reunieron criterios de inclusión.

Se estudiaron 14 pacientes, siendo todos del sexo femenino con un rango de edad de 20 a 50 años y con una media de 35.5 años en general. Se clasificaron como ASA I a 10 pacientes (71.4%) y ASA II a 4 pacientes (28.6%).

En forma aleatoria se dividieron en 2 grupos de 7 pacientes cada uno: el grupo de Buprenorfina y el grupo Fentanyl.

Los del grupo Buprenorfina tuvieron un rango de edad mínimo de 23 y máximo de 45 años con media de 31.4; se calificaron como ASA I a 4 pacientes (57.14%) y ASA II a 3 pacientes (42.86%). a todos los pacientes se aplicó una dosis de Buprenorfina vía epidural, excepto la paciente No. 4 que requirió refuerzo a las 12 horas posterior a primer dosis; ninguna necesitó de analgésico complementario.

Los del grupo Fentanyl, tuvieron un rango de edad entre 25 y 50 años con una mediana de 39.6 años; se calificaron como ASA I a 6 pacientes (85.71%) y ASA II

al paciente (14.29%); e las pacientes No. 1,2,3,y 4 se les aplicó una dosis de Fentanyl vía epidural, y los demás necesitaron refuerzo: el paciente No. 5, se aplicó refuerzo a las 8 horas posterior a primer dosis; el paciente No. 6 recibió 2 dosis de refuerzo siendo a las 8 y a las 18 horas después de primera dosis, y la paciente No. 7 recibió una dosis de refuerzo a las 8 horas posterior a primer dosis y a las 4 horas de haber recibido dosis de refuerzo presenta dolor con puntuación de 4 mediante EVA por lo que aplicamos analgésico parenteral, retiramos el catéter y se aborta método en esta paciente.

Con respecto a los parámetros clínicos no encontramos cambios significativos ya que presentaron media de: frecuencia respiratoria de 18.4 X^o Vs 17.7 X^o; frecuencia cardiaca de 74.4 X^o Vs 75.3 X^o y presión arterial de 114/74 mmHg Vs 115/72 mmHg para Buprenorfina y Fentanyl respectivamente.

Los efectos colaterales que más sucedieron fue náuseas y vómitos: presentándolo con Buprenorfina 3 pacientes (42.85%) Vs 2 pacientes (28.57%) que recibieron Fentanyl.

Todos nuestros pacientes presentaron buena analgesia en los primeros 15' posterior a la aplicación de cualquiera de los 2 medicamentos; y deambularon en las primeras 8 horas , 12 pacientes (85.71%) y 2 (14.29%) dentro de las primeras 14 horas posterior a primer dosis de analgésico por vía epidural.

Se observó que la diferencia en el número de dosis aplicada de Buprenorfina (8) Vs Fentanyl (11), no es estadísticamente significativa porque $P=0.219$.

Así mismo, es de notar que en 10 muestreos de dolor con puntuación de EVA en un plazo de 24 horas y con el número de dosis aplicada se obtuvo: Buprenorfina con un promedio = 2.8 y SD = 2.86 y para Fentanyl con un promedio = 5.6 y SD = 5.15 con un valor de $P = 0.150$, lo cual tampoco es estadísticamente significativo.

RECOLECCION DE DATOS:*Diseño de cuadros tablas y gráficos.***Resultados generales**

No. de pacientes	Sexo	Edad	A.S.A.	Ocupación	Peso (Kgs)	Bupren orfina.	Fenta nyl	Analg comp.
1	F	45	I	Hogar	76	-	1	-
2	F	24	I	Cantador	67	1	-	-
3	F	50	I	Hogar	83	-	1	-
4	F	42	I	Hogar	65	1	-	-
5	F	30	I	Hogar	57	-	1	-
6	F	28	I	Profesora	87	1	-	-
7	F	50	II	Hogar	72	-	1	-
8	F	25	II	Hogar	72	2	-	-
9	F	25	I	Hogar	62	-	2	-
10	F	39	I	Secretaría	51	-	3	-
11	F	45	II	Comercio	60	1	-	-
12	F	23	II	Hogar	85	1	-	-
13	F	33	I	Hogar	85	1	-	-
14	F	38	I	Hogar	65	-	2	1

Cuadro 1**Resultados con Buprenorfina.**

No. Pacientes	Edad	A.S.A.	Buprenorfina (dosis)	Analgésico comp.
1	24	I	1	-
2	42	I	1	-
3	28	I	1	-
4	25	II	2	-
5	45	II	1	-
6	23	II	1	-
7	33	I	1	-

Cuadro 2

Resultados con Fentanyl

No. Pacientes	Edad	A.S.A.	Fentanyl (dosis)	Analgesico comp.
1	45	I	1	-
2	50	I	1	-
3	30	I	1	-
4	50	II	1	-
5	25	I	2	-
6	39	I	3	-
7	38	I	2	si

Cuadro 3

**Calificación EVA en 24 horas.
Buprenorfina VS Fentanyl**

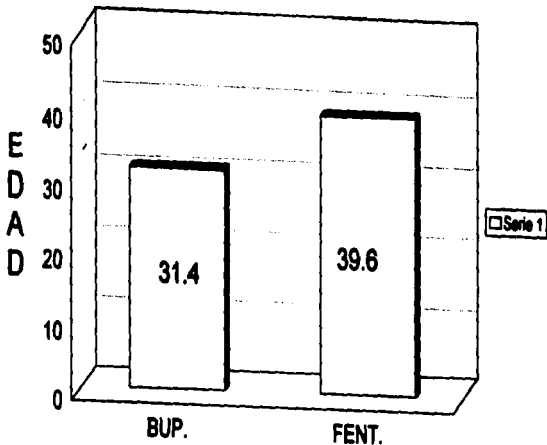
No. de pacientes	T I E M P O												Dosis	Analg Comp
	0'	15'	30'	60'	2	4	6	8	12	16	24			
1	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (F)	-
2	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (B)	-
3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (F)	-
4	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (B)	-
5	4	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (F)	-
6	5	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1 (B)	-
7	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (F)	-
8	5	3	0	0	0	0	0	2	*6	1	1	2	2 (B)	-
9	4	2	1	0	0	0	0	0	*6	0	0	0	2 (F)	-
10	8	4	3	1	1	2	2	*4	1	*4	0	3	3 (F)	-
11	6	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1 (B)	-
12	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1 (B)	-
13	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 (B)	-
14	4	2	1	1	0	0	2	*5	**4			2	2 (F)	SI

Cuadro 4

* Dosis refuerzo

** Analgésico Complementario

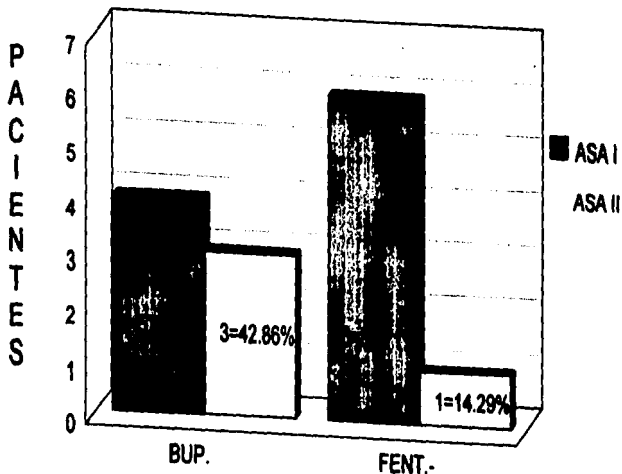
EDAD PROMEDIO



GRAFICA 1

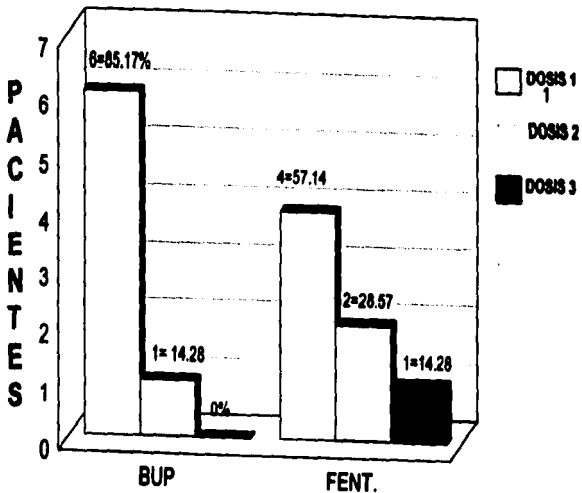
VALORACION A.S.A.

16



GRAFICA 2

NUMERO DE DOSIS EPIDURAL APLICADAS DE BUPRENORFINA Y FENTANYL



GRAFICA 3

**Puntuación de EVA en 24 Horas
Buprenorfina Vs Fentanyl**

Tiempo	T I E M P O												X	SD	P
	0'	15'	30'	45'	1	2	3	4	5	12	18	24			
Buprenorfina	37	8	1	1	0	2	1	2	8	2	3	2.8	2.86	0.150	
Fentanyl	32	16	7	4	1	2	4	13	5	4	0	5.6	5.15		

Cuadro 5

**No. de Dosis aplicada al grupo de pacientes 24 horas
Buprenorfina Vs Fentanyl**

Medicamento	Dosis	X	SD	P
Buprenorfina	8	1.14	.38	0.219
Fentanyl	11	1.57	0.79	

Cuadro 6

Parámetros clínicos Buprenorfina

No.	F.R	F.C.	TA	T.A.M.
1	15.1	70	112/70	84
2	21.6	72.9	116/76	89.3
3	17.4	70.9	119/80	93
4	18	75.6	110/69	82.6
5	19.2	70.5	114/74	87.3
6	19	81.4	107/69	81.6
7	18.3	79.8	120/78	92
X	18.4	74.4	114/74	87.1

cuadro No. 7

Parámetros clínicos Fentanyl

No.	F.R	F.C.	TA	T.A.M.
1	16.9	72.5	111/71	84.3
2	15.3	71.2	115/70	85
3	16.7	68	130/75	93.3
4	17.4	70.7	112/77	86.6
5	20.1	89.8	115/70	85
6	18.5	78.1	112/72	85.3
7	19.5	76.8	111/72	85
X	17.7	75.3	115/72	86.3

cuadro No. 8

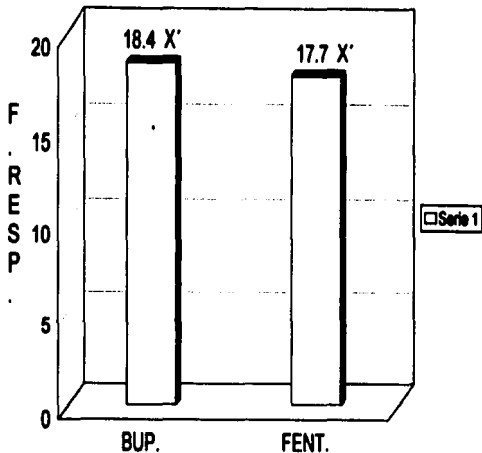
Efectos colaterales Buprenorfina Vs Fentanyl

Medicamento	Náuseas	Vómito
Buprenorfina	3	3
Fentanyl	2	2

cuadro No.9

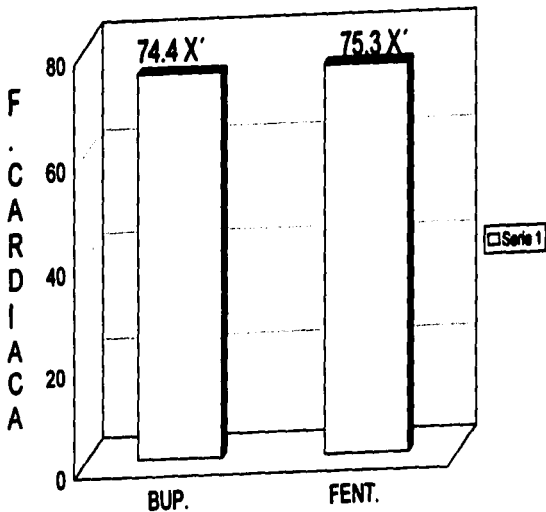
PARAMETROS CLINICOS

20

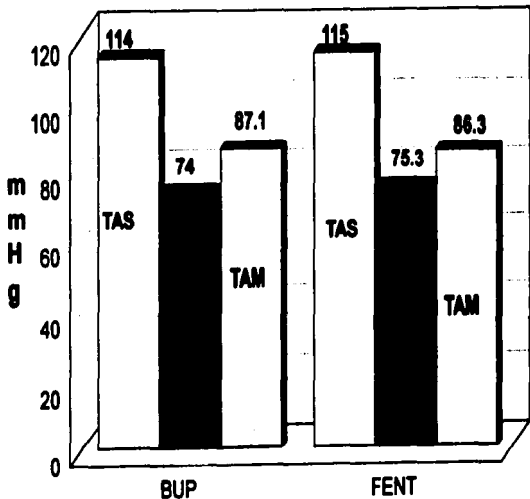


GRAFICA 4

PARAMETROS CLINICOS



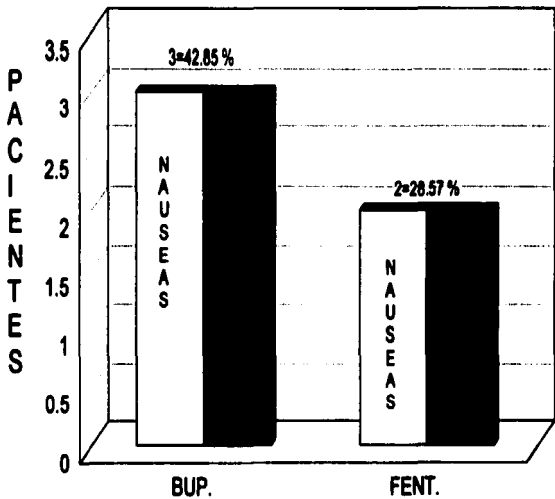
PARAMETROS CLINICOS



22

GRAFICA 6

EFFECTOS COLATERALES



DISCUSION

La duración de la analgesia observada con la buprenorfina por vía epidural en la población estudiada fue de 24 hrs en 6 pacientes, excepto en 1 se aplica dosis de refuerzo a las 12 hrs de 1er. dosis. en 3 pacientes se presentaron efectos colaterales:: náusea y vómito, todas las pacientes de este grupo presentaron buena calidad analgésica, además de una buena estabilidad hemodinámica.

Consideramos que la dosis de 1 Mcg/kg diluido en 20 ml de cloruro de sodio al 0.9% es confiable y proporciona un buen tiempo de analgesia, la cual resulta necesaria para disminuir efectos sobre la capacidad residual funcional, permitiendo deambulación temprana y un rápido egreso hospitalario del paciente.

La duración de la analgesia observada con Fentanyl por vía epidural en este estudio fue menor que la buprenorfina, habiendo necesidad de aplicar dosis de refuerzo en 3 pacientes a las 8 hrs de 1er. dosis y una de ellas se administra analgésico parenteral, por lo cual retiramos catéter y abortamos el método. En este grupo, 2 pacientes presentaron náuseas y vómitos y en todas las pacientes se presentó buena estabilidad hemodinámica.

Sugerimos la administración de dosis mayores a las que nosotros utilizamos, incrementándose éstas paulatinamente si se desea mayor tiempo de analgesia,

observando cuidadosamente el comportamiento hemodinámico y la función respiratoria.

Respecto a la actitud de las enfermeras y médicos, es evidente que aunque la gran mayoría muestran interés hacia el paciente, se hace muy poco por aliviar el dolor. Los médicos siguen indicando con mucha frecuencia los analgésicos PRN ó en dosis inadecuadas. Esto tiene varias razones: el manejo del dolor se ha dejado en manos de los cirujanos los que aunque muestren interés en el alivio de este síntoma, no tienen las bases fundamentales para hacerlo. No resulta raro que por la misma razón se prescriban analgésicos inadecuados para el tipo de cirugía y en dosis insuficientes.

Es evidente que hay una gran variedad de factores que contribuyen para que el dolor postoperatorio sea manejado de manera inadecuada:

- . Enseñanza inadecuada del manejo del dolor en escuelas de medicina y enfermería.*
- . Información limitada sobre el control del dolor en libros básicos de medicina, cirugía o enfermería.*
- . Desconocimiento de la farmacología de los analgésicos de uso común.*
- . Desconocimiento de los diferentes medicamentos y analgésicos disponibles.*
- . Considerar la analgesia postoperatoria como un problema de baja prioridad.*
- . Delegar el control del dolor postoperatorio al personal menos indicado.*
- . Sobrestimar los riesgos asociados con el uso de analgésicos potentes.*
- . Exagerar el riesgo de adicción a opiáceos ó de depresión respiratoria.*
- . Falta de información al paciente sobre los eventos postoperatorios.*

Mientras éstos factores no sean modificados, el tratamiento del dolor agudo postoperatorio no se hará de forma racional y óptima, y seguirá ocasionando no solo un sufrimiento innecesario al paciente, sino que en algunos casos podrá incluso ser causa de una mayor morbilidad postoperatoria.

CONCLUSIONES

- 1.- Los dos opiáceos por vía epidural presentaron: a) excelente analgesia, b) Latencia corta, c) Larga duración y d) Bloqueo motor negativo.
- 2.- Los pacientes obtuvieron recuperación temprana y mínimos efectos colaterales.
- 3.- Los pacientes pueden ser beneficiados con la analgesia epidural con cualquiera de los dos opiáceos.
- 4.- La analgesia epidural postoperatoria es una alternativa práctica y segura para brindar analgesia, recuperación temprana y mínimos efectos colaterales en pacientes sometidos a colecistectomía abierta.
- 5.- En 10 muestreos de dolor con puntuación de EVA en un plazo de 24 horas y con el número de dosis aplicadas no es estadísticamente significativo porque $P = 0.150$.
- 6.- La principal limitante para nuestro trabajo es el tamaño de la muestra, la cual es pequeña, porque se están reclutando pacientes para otro estudio que consiste en colecistectomía laparoscópica sin embargo, el trabajo es clínico y sencillo. Los resultados se exponen en forma descriptiva.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Bonice JJ. *Definitions and taxonomy of pain* En: *The management of pain* . Bonice JJ, Loesser JD, Champman CR, Fordyce WG Vol 1 2nd edition 1990, Lea and Febrieger, pp 18-27.
- 2.- Bonice JJ. *Postoperative pain* En: *The management of pain*. Bonice JJ, Loesser JD, Champman CR, Fordyce WG. Vol 1 2nd edition, 1990, Lea and Febrieger, pp 461-480.
- 3.- King SA. *Psychological aspects of pain*. *The mount. Sinal J. Med* 1991; 58: 203-207.
- 4.- Wolff BB, Langley S. *Cultural factors and the response to pain* EN: *Pain: Clinical and experimental perspectives*. Edited By Matisyon Weisenberg, Mosby Corp 1975, pp 144-151.
- 5.- Egan KJ. *Psychological issues in postoperative pain*. *Anesthesiol clin Nort Am*. 1989; 7: 183-192.
- 6.- Colem FL: *Postsurgical pain relief: patients status and nurses medication choices*. 1980; 9: 265-274.
- 7.- Denevan M. *Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical impabents*. *pain* 1987; 30: 69-78.
- 8.- Coisins MJ: *Acute pain and the injury response: lonmediate and prolonged effects*. *Rev Anesth* 1989; 4: 162-179.

- 9.- Freed, DL: *The incidence of postoperative pain*, *Br J Anaesth* 1961; 3: 345-353.
- 10.- Fuente de información: *Archivo del Benemérito Hospital General "Juan María Salvatierra", La Paz, B.C.S. México* 1985.
- 11.- Moa G, Zetterstrom H. *Sublingual buprenorfine as postoperative analgesis. A double blind with pethidene*. *Acta Anaesthesiol Scand* 1990; 34: 66-71.
- 12.- Winberg BA, Inturrisi CE, Reidenberg B, Moulin DE, Nip TJ, Wallenstein H, Houde RW, Foley KM. *sublingual abortion of selected opioid analgesics*. *Clin Pharmacol Ther* 1988; 44: 335-342.
- 13.- Yaksh TL, Rudy TA: *Analgesia mediated by direct spinal action of narcotics*. *Science* 192: 1357. 1976.
- 15.- Gate CJ, Lodge D. *The pharmacology of the inhibition of dorsal horn neurones by impulses in myelinated cutaneous afferents in the cat*. *Exp. brain Res* 1975; 23: 75-84.
- 16.- David J, Bimbach, MD, Mark D, Thomas Arcariuo y cols. *Effects of diluent volume on analgesia produced by epidural fentanyl*. *Anesth Analg*. 1989; 68: 606-610.
- 17.- Sir Colin Doherty and cols. *1991 Therapeutic drugs*. Churchill Livingstone pp 130-133.
- 18.- Budd K. *1981 High dose buprenorfine for postoperative analgesia*. *anesthesia* 36: 900-903.
- 19.- Reesqdy LB. *Spinal opioids in the management of acute and postoperative pain*. *J Pain. Symptom manage* 1990; 5: 138-145.