

205

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

PROPANIDIDA VS PROPOFOL EN PROCEDIMIENTOS GINECOOBSTETRICOS CORTOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

A N E S T E S I O L O G O

P R E S E N T A:

DRA. ANA BRENDA ZUÑIGA MEJIA



MEXICO, D. F. 2002.



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.



Castillo

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

JEFE DE ENSEÑANZA
Dr. Jorge Alberto del Castillo Medina

Peñuelas

JEFE DE SERVICIO
Dra. Juana Peñuelas Acuña

Peñuelas

ASESOR DE TESIS
Dra. Juana Peñuelas Acuña

Zúñiga

TITULAR
Dra. Ana Brenda Zúñiga Mejía

**TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN**



[Signature]
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M

Agradecimientos :

A mis padres que con su apoyo, cariño, amor y colaboración han logrado lo que ahora es su hija .

A mi hermana Marisol que ha sido el ejemplo de entereza para enfrentar todos mis retos.

A mi hermano Francisco que es la muestra fiel de la nobleza en mi vida.

A mis bebes : Brenda y Aldo que representan mucho por lo cual existo.

Y por último a mis grandes amigos que cedieron gran parte de su tiempo a impulsarme y a alentarme cuando me tropezaba y que se que siempre estarán ahí.

4

INDICE

| | |
|---------------------------------------|-------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| MARCO TEORICO..... | 2-6 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 7 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 7 |
| HIPÓTESIS..... | 8 |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 8 |
| METODO DE SELECCIÓN DE PACIENTES..... | 9 |
| TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO..... | 9 |
| MATERIAL y METODOS..... | 10 |
| CRONOGRAMA..... | 11 |
| RECURSOS..... | 12 |
| RESULTADOS..... | 13-16 |
| DISCUSIÓN..... | 16 |
| CONCLUSIONES..... | 17 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 18-20 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La elección de una técnica anestésica y de los agentes empleados en ella gira en torno a las características de cada paciente, la cirugía, si es electiva o de urgencia, la habilidad del cirujano, etc. Esperando siempre el máximo beneficio para el paciente. Por lo que el uso de nuevos medicamentos y narcóticos será precisamente para ese tan mencionado bienestar.

El manejo de la anestesia general endovenosa tiene una variedad de varios usos, pero los procedimientos quirúrgicos cortos son algunas de las utilidades de esta técnica, ya que se refiere a una anestesia rápida así como un tiempo corto de recuperación. En la inducción anestésica se han usado varios medicamentos, pero la finalidad de el uso de varios inductores es encontrar el que más se adecue al paciente y al tipo de cirugía y además que tenga menores efectos adversos y mejores beneficios en la anestesia. El estudio esta encaminado a demostrar las diferencias que hay entre la inducción anestésica con propofol y propanidida.-

El propanidido en su retorno al mercado un (Eugenol) , que se dejo de utilizar por supuestos efectos histaminogenos (anafílicos), ya que contenía un solubilizante (Cremofor EL) que se relaciono con reacciones anafilactoides.

En los 80s se informo que en el hombre, el número de respuestas adversas a los agentes anestésicos que contienen Cremofor EL, Althesiny propanidido es mayor del producido por la tiopentona.(1) En la actualidad sale al mercado una nueva fórmula, que se dice deja atrás estas desventajas de tan excelente inductor, ya que se ha utilizado en su formulación un nuevo solvente)Solutol HS 15) .

El propofol es un reconocido y muy utilizado inductor ya que se usa sólo o acompañado con algún narcótico y proporciona un buen plano anestésico más profundo y relajación adecuada. Por ejemplo. Propofol -fentanyl (2). Sin embargo, sus efectos adversos son más desfavorables en comparación con otros inductores, y en este estudio se trata de investigar si sus desventajas son superiores a las de la propanidida

MARCO TEORICO

El propofol es un anestésico intravenoso usado para la inducción y mantenimiento de la anestesia, también aprobado para su uso en sedación de paciente en Unidad de Cuidados Intensivos.

Su formula original es de una suspensión de disopropifenol en extracto de aceite de soya (10%) y fosfatido de huevo (1,2%) si preservativos antimicrobianos. Es una emulsión de aceite en agua blanca estéril lista para usarse, almacenada en ampulas o frascos de vidrio de 20 ml.

Tiene una acción de comienzo rápido como de corta duración, su acción comienza en aproximadamente 30 seg.

FARMACOCINETICA:

Se une a proteínas plasmáticas en proporción del 98%. Después de la administración intravenosa, la farmacocinética del propofol puede describirse mediante un modelo de tres compartimentos: una fase de rápida distribución ($t_{1/2} = 1.8-1 \text{ min.}$), una fase de eliminación rápida ($t_{1/2} = 3-64 \text{ min.}$) y una fase de eliminación más lenta ($t_{1/2} = 184-382 \text{ min.}$). En la fase de eliminación la disminución de los niveles sanguíneos es lenta debido a la baja distribución desde un compartimento profundo. El volumen de distribución inicial (V) es de aproximadamente 22-76lt, el volumen de distribución total (V_d) es de 387-1587lt. El propofol es rápidamente aclarado del cuerpo (aclaramiento total aprox. 2lt/min). El aclaramiento ocurre mediante procesos metabólicos, principalmente en el hígado, para formar conjugados glucurónidos inactivos de propofol (40%) y el correspondiente quinol, y un conjugado 4-sulfato, los cuales son excretados por la orina (aprox. 88%), menos del 0.3% de la dosis administrada se excreta sin cambio en la heces fecales.

Biodisponibilidad vía intravenosa; 100%.

FARMACODINAMIA.

SNC: Disminuye la perfusión cerebral, el flujo sanguíneo cerebral, la presión intracraneal, y disminuye la amplitud del SSEP. Se presentan movimientos espontáneos, el temblor, la hipertonia, y el espasmo de los maseteros son comunes.

SCV: Hay disminución de la TA aprox. 3.5mm 5 min después de la inyección hay taquicardia transitoria, aumento del gasto cardiaco y reducción de la resistencia vascular.

Sistema Respiratorio: Hay efecto depresor ventilatorio profundo, apnea hasta 60seg.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OTROS: Existe dolor en el sitio de la inyección así como tromboflebitis, infección ya que como se mencionaba la fórmula no contiene preservativos, por lo que la contaminación extrínseca es responsable de varios cuadros de infección. Es bien conocido, que el propofol es disuelto en un medio propicio para el crecimiento de diversas bacterias.

Se ha demostrado que el uso de propofol bajo condiciones asépticas,, manejado adecuadamente en jeringas únicas, por pacientes puede estar libre de bacterias por 72 hrs.

Actualmente una de las compañías fabricantes del propofol ha modificado su fórmula agregando edetato disodico al 0.005% (EDTA), para retardar el crecimiento bacteriano, sin considerase como un preservativo antimicrobiano de acuerdo a los estándares de la United States Pharmacopeia. (3).

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad al propofol o alguno de los excipientes.

No debe de administrarse durante el embarazo, la lactancia y en obstetricia (excepto en abortos).

No debe de utilizarse para anestesia general, en niños menores de 3 años de edad y para sedación de niños menores de 16 años de edad en la UCI.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION.

Debe de contarse siempre con equipo común para la posible eventualidad de incidente mientras se aplica la anestesia. Debe monitorearse el SCV. La dosis de emulsión de propofol debe de individualizarse basándose en la respuesta del paciente y a medicación preanestésica. Agente anestésicos complementarios generalmente son necesarios además de propofol.

Anestesia en adultos: Inducción de la anestesia, para la inducción debe ser administrada (aprox. 20-40mg cada 10 seg) con referencia a la respuesta del paciente hasta que los signos clínicos muestren el principio de la anestesia.

La mayoría de los pacientes adultos con edad inferior a los 55 años probablemente requieran de 1.4 a 2.5 mg/kg de propofol. En pacientes mayores y en pacientes con ASA III y IV los requerimientos generalmente serán menores. Deben emplearse dosis inferiores (aprox. 2ml c/10seg, equivalente a 20mg).

Mantenimiento de la anestesia: ya sea por infusión continua o con inyecciones en bolos repetidos. Para mantener la anestesia en infusión continua utiliza dosis de 6 a 12 mg/kg/h. Una dosis reducida de mantenimiento de aproximadamente 4mg/kg de propofol puede ser suficiente durante procedimientos quirúrgicos menos estresantes como cirugía invasiva mínima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8

Sedación en adultos durante los cuidados intensivos: la dosis debe adecuarse en base a la profundidad de la sedación necesaria. Se utiliza una infusión continua a dosis de 1 a 4mg/kg/h.

PROPANIDIDA:

La propanidida ha demostrado ser un anestésico útil para los procedimientos cortos, donde se desea una repetida recuperación. Es un derivado del ácido eugenólico, se comenzó a estudiar su uso clínico por Nishimura en 1961. Es un agente de acción ultracorta.

Fórmula química: es un n- propil éster de ácido 3metoxi 4 (N-dietil carbamidometoxe)-fenilacético. Es un líquido amarillo, estable en soluciones amortiguadoras con ph de 7.0 a 7.4 a temperatura corporal.

Tiene actividad local y tópica.

En los años 70s se comenzó a utilizar con un solubilizante llamado Cremofor EL, constituido en un 16% por éteres glicerina-poliglicol y poliglicolina. Este solubilizante se relacionó en varios estudios con reacciones anafilactoides relacionadas con la liberación de histamina.(4)

Incluso se reporto en un estudio el desarrollo de eritema después de la aplicación de Althesin, Cremofor El y propanidido, fue mayor después de propanidido (5,6), por lo que se reduce que el solubilizante no es el causante de tal reacción si no la mezcla que hace el cremofor EL y el propanidido .

Con todo esto el uso de la propanidida se eclipsó en los años 70s pero en la actualidad se saca al mercado con un solubilizante diferente Solutol HS 15, que se presume deja atrás todos los efectos adversos que se encontraron en aquellos años y los que se presentan no son tan severos.

SOLUTOL HS 15

Es un hidroxisterato de polietilenglicol 660. Es una pasta blanca, a temperatura ambiente, que adopta un estado líquido a una temperatura aproximada de 30°C, tiene un ph de 6 a7, tiene una porción hidrofóbica en un 70% (ácido 12-hidroxiestearico), y una porción hidrófila en un 30% (polietilenglicol).

Se utiliza en la fabricación de preparaciones acuosas de vitamina A;D;E; y K para aplicación parenteral, así como para propanidido, miconazol, alfadolona, así como con agentes antineoplásicos.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FARMACOCINETICA:

Es inactivado rápidamente por esterazas hemáticas y hepáticas. Alrededor del 50% del medicamento inyectado se une a la proteínas del plasma en particular a la albúmina y esto reduce su actividad anestésica. Es eliminada en dos horas 90% en orina y el resto por heces como metabolito inerte.

La recuperación de la conciencia después de dosis normales requiere 3-6 min.

La propanidida es equipotente al tiopental.. (7)

Mecanismos de acción: neutraliza la acción de los analépticos centrales en el mecen céfalo y el bulbo.

FARMACODINAMIA:

SNC: El inicio de la anestesia se produce en un tiempo circulatorio brazo/cerebro. Los cambios del ECG son: actividad rápida y de bajo voltaje , da paso progresivamente a una actividad más lenta y de voltaje más elevado, que a su vez da lugar a ráfagas de bajo voltaje puntuadas por periodos de silencio eléctrico.

En el periodo pos-anestésico, hay retorno a la normalidad en 20 min. aveces aparecen movimientos musculares involuntarios, más comunes en ausencia de premedicación analgésica.

Sistema Respiratorio: El comienzo de la anestesia se marca por un periodo de hiperventilación de 15-30 seg . a continuación sigue un grado variable de depresión respiratoria o aún de apnea. Cuando la hiperventilación es importante la hipo ventilación es corta lo cual sugiere una acción bifásica. La PaCO2 permanece igual o ligeramente elevada. Parece haber estimulación inicial de los quimiorreceptores periféricos seguida de una ligera depresión. Durante el periodo de hipo ventilación hay un descenso demostrable de la PaO2.

SCV: Simultáneamente con el inicio de la estimulación respiratoria, disminuye la presión arterial y aumenta la frecuencia del pulso, la presión sistólica disminuye un 35% y la diastólica un 25% en tanto que el pulso aumenta un 35%.

Musculatura: La propanidida puede causar una ligera elevación en la tensión muscular de reposo. Hay potenciación de la duración de la actividad de la succinilcolina, pero no de la intensidad del bloqueo neuromuscular,. (8)

Otros efecto: No existe ninguna complicación vascular cuando es inyectadas en las arterias y la incidencia de trombosis y tromboflebitis seguida de propanidida son mucho menores que con tiopental, metohexital. (9)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICACIONES

Está indicada en intervenciones quirúrgicas cortas cuando se requiere una rápida recuperación.

Se puede usar como agente inductor general, cuando la hiperventilación facilita una intubación nasal ciega.

Dosis subanestésica de propanidida, son un sedante en intervenciones dentales. (10)

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION.

La dosis usual en adultos es de 6-7 mg/kg y para los niños 7-8 mg/kg por vía intravenosa. Cualquier operación que se prolongue más de 3 a 5 min. requerirá la administración de dosis repetidas a intervalos regulares de por lo menos la mitad, o los dos tercios de la dosis inicial.

Las necesidades de mejorar la calidad de la anestesia nos lleva a la introducción de fármacos más eficaces y menos tóxicos, por lo que este estudio propone propanidida con su nuevo solvente solutol HS15 en comparación con el propofol.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11

OBJETIVO GENERAL

Demostrar las ventajas de la inducción con propanidida en procedimientos quirúrgicos ginecobstétricos de corta duración: LU1.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1 Comparar variables en las constantes cardiovasculares.
 - 1.1.1 Comparar los cambios en la presión arterial media.
 - 1.1.2 Comparar los cambios en la frecuencia cardiaca.
- 1.2 Comparar variables en las constantes en el sistema respiratorio.
 - 1.2.1 Comparar los cambios en la frecuencia respiratoria.
 - 1.2.2 Comparar tiempos de apnea.
 - 1.2.3 Comparar los cambios en la saturación de oxígeno.
- 1.3 Comparar la rapidez del tiempo de despertar.
 - 1.3.1 Ojos abiertos.
 - 1.3.2 Reacción a estímulos.
 - 1.3.3 Habla
 - 1.3.4 Orientación.

HIPOTESIS

El uso de propanidida con su nuevo solvente proporciona menos cambios hemodinámicos , mejor calidad de anestesia y despertar en comparación con el propofol.

Hipótesis nulidad: No se presentan menos cambios hemodinámicos significativos ni mejor calidad de anestesia y despertar con el uso de propanidida, comparada con propofol.

Hipótesis alterna: Se presentan cambios significativos , hemodinámicos y mejor calidad anestésica y de despertar con el uso de propanidida comparada con propofol.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio es una investigación biotecnológica ya que permite adoptar, afinar y desarrollar los recursos tecnológicos (medicamentos) aplicables a la atención médica.

Es un estudio replicativo, longitudinal, cerrado, prospectivo, analítico y aplicativo.

LUGAR Y DIECCION:

El estudio se realizara en el Hospital Juárez de México S:S:A:

UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo será el Hospital Juárez de México S:S:A: y la muestra 50 pacientes del sexo femenino entre 17 y 55 años de edad que vayan a ser sometidas a un evento ginecobstétrico LUI. Que representen población de este mismo Hospital.

HIPOTESIS

El uso de propanidida con su nuevo solvente proporciona menos cambios hemodinámicos , mejor calidad de anestesia y despertar en comparación con el propofol.

Hipótesis nulidad: No se presentan menos cambios hemodinámicos significativos ni mejor calidad de anestesia y despertar con el uso de propanidida, comparada con propofol.

Hipótesis alterna: Se presentan cambios significativos , hemodinámicos y mejor calidad anestésica y de despertar con el uso de propanidida comparada con propofol.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio es una investigación biotecnológica ya que permite adoptar, afinar y desarrollar los recursos tecnológicos (medicamentos) aplicables a la atención médica.

Es un estudio replicativo, longitudinal, cerrado, prospectivo, analítico y aplicativo.

LUGAR Y DIECCION:

El estudio se realizara en el Hospital Juárez de México S:S:A:

UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo será el Hospital Juárez de México S:S:A: y la muestra 50 pacientes del sexo femenino entre 17 y 55 años de edad que vayan a ser sometidas a un evento ginecobstétrico LUI. Que representen población de este mismo Hospital.

METODO DE SELECCIÓN DE PACIENTES.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes femeninas de entre 17 y 55 años de edad, que vayan a ser sometidas a un procedimiento quirúrgico corto ginecobstétrico LUI. Que tengan ASA I o II, estado hemodinámico estable.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes fuera del rango de edad.
Pacientes que representen alteraciones hemodinámicas importantes. (Choque hipovolemico, anemia severa, hipotensión severa).
Pacientes que refieran antecedentes alérgicos a los compuestos de los medicamentos que se utilizaran.
Pacientes con patologías agregadas descontroladas.

TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO

T. de Students, X2 y medidas de tendencia central, moda, media, mediana,

CRITERIOS DE VALIDEZ

Se sacara el tamaño de la muestra para que el estudio sea significativo y dependiendo de este la s variables continuas se estimaran con T de Students y los valores menores de 0.05 se consideran significativos.

JUSTIFICACION

Este estudio tendrá gran trascendencia para los anestesiólogos ya que habrá un estudio más que demuestre las ventajas de ciertos medicamentos, además de los beneficios que a los pacientes trae, una reflexión y búsqueda obligada de nuevos fármacos con menos toxicidad que es una prioridad del anestesiólogo.

**TESIS CON
FALLA DE OPICEN**

MATERIAL Y METODO

INSTRUMENTOS Y CONTROLES DE CALIDAD.

Será un estudio comparativo longitudinal, prospectivo que incluya 50 pacientes del sexo femenino que serán sometidas a LUI, ASA I o II de 17 a 55 años de edad.

Se dividirán en dos grupos a los cuales se les admitirá:

GRUPO I. Propofol a dosis de 2.5 mg/kg como inductor. Previa valoración de los criterios de inclusión.

GRUPO II. Propanidida a dosis de 6mg/kg como inductor. Previa valoración de los criterios de inclusión.

A todas las pacientes se les monitorizará desde 10 min. antes del evento quirúrgico: precordial, baumanometro, monitor ECG, oxímetro de pulso.

Los datos arrojados por la monitorización se registrarán en la hoja anestésica de donde se recopilarán los datos para sacar las medidas de tendencia central y así analizar los resultados obtenidos para poder graficar y obtener una conclusión del estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRONOGRAMA

| FASES DE DESARROLLO | MESES DEL CALENDARIO |
|----------------------------|----------------------|
| DEFINICION DEL ESTUDIO | MARZO, ABRIL 2001 |
| BUSQUEDA DE INFORMACION | MAY, JUN, JUL. 2001 |
| REALIZACION DEL PROTOCOLO | JULIO, AGOT. 2002 |
| APROBACION DEL PROTOCOLO | JULIO 2002 |
| ANALISIS DE LA INFORMACION | SEPTIEMBRE.2002 |
| REPORTE DE LOS RESULTADOS | SEPTIEMBRE 2002 |
| | |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

RIESGOS PREVISIBLES O PROBABLES

- Δ Hipotensión severa.
- Δ Apnea prolongada.
- Δ Reacciones alérgicas
- Δ Taquicardia sinusal.
- Δ (En caso de presentarse alguna de estas complicaciones se les dará el tratamiento adecuado y en casos necesarios se suspenderá la administración de los medicamentos desencadenantes).

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO DE LAS PACIENTES:

Se hablará con la paciente del estudio así como de los riesgos y beneficios que con el método anestésico tendrán.

Al ser valoradas por los criterios de inclusión y siendo aceptado el método anestésico, se hace firmar de conocimiento y de responsabilidad a la paciente tanto la hoja quirúrgica como la hoja preanestésica. (Anexo 1y2).

RECURSOS

MATERIAL, EQUIPO Y ESPACIO FISICO DISPONIBLE

Para nuestro estudio se requerirá:

1. Un baumanometro.
2. Un estetoscopio de campana.
3. Un monitor ECG:
4. Un oxímetro de pulso.
5. Medicamentos que serán proporcionados por la Institución y en caso de agotarse lo comprará el realizador.
6. El espacio físico serán las tres salas de quirófano que existen dentro de la unidad de tococirugía.
7. Hojas de registro anestésico.
8. Fichas para recopilar datos agregados.
9. Lápices, bolígrafos.

RECURSOS HUMANOS:

Médico residente de anestesiología de tercer año

RESULTADOS

El presente estudio incluyo 50 pacientes femeninas las cuales se dividieron en dos grupos de 25 cada uno , aleatoriamente se incluyeron en el estudio únicamente pacientes ASA I y II para LUI.

Las características de los grupos se muestran en la Tab 1 .

TABLA 1 DATOS GENERALES Y RECUPERACION

| GRUPO | EDAD (AÑOS) | | PESO (Kg) | | ASA (No.) | | RECUPERACION TOTAL (MIN) | |
|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|--------------------------|--------------|
| | PROPA NIDIDA | PROPO FOL | PROPA NIDIDA | PROPO FOL | PROPA NIDIDA | PROPO FOL | PROPA NIDIDA | PROPO FOL |
| MAXIMO | 50 | 45 | 90 | 83 | I | I | 5 | 5 |
| MEDIANA | 25 | 26 | 60 | 69 | II | II | 1 | 2,75 |
| MINIMO | 15 | 17 | 50 | 45 | 6 - 19 | 10- 15 | 1 | 1,5 |

Dentro de los datos farmacológicos se utilizaron a 6mg/Kg. la propanidida y el propofol se utilizo a 3mg/Kg. y las dosis máximas y mínimas utilizadas en el estudio se muestran en la Tab. 2.

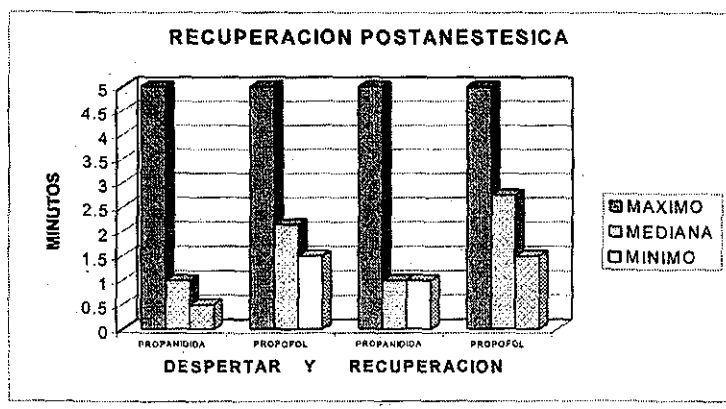
TABLA 2 DATOS FARMACOLOGICOS

| GRUPO | DOSIS (mg/Kg) | | DURACION PROCEDIMIENTO (MIN) | | DURACIÓN EFECTO (MIN) DEL | | DESPERTAR (MIN) | |
|---------|-----------------|--------------|------------------------------|--------------|---------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | PROPA NIDIDA | PROPO FOL | PROPA NIDIDA | PROPO FOL | PROP ANIDI DA | PROPO FOL | PROPA NIDIDA | PROPO FOL |
| MAXIMO | 630 | 250 | 40 | 21 | 40 | 21 | 5 | 5 |
| MEDIANA | 420 | 150 | 10 | 10 | 10 | 10 | 1 | 2.14 |
| MINIMO | 300 | 100 | 5 | 5 | 5 | 5 | 0.5 | 1.5 |

TELLE EN
FALLA DE ORIGEN

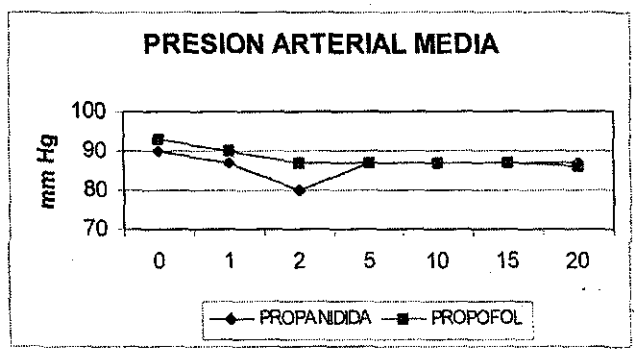
Lo que se refiere a la recuperación, el despertar de las pacientes fue más rápido en el grupo de propanidida al igual que la recuperación total en un 40 a 45% más rápido que en el grupo de propofol.

GRAFICA 1:



Dentro de los parámetros hemodinámicos monitorizados en la cirugía se encuentra la presión arterial media la cual desciende significativamente aproximadamente de un 10 hasta un 25 % de la basal a los 2 minutos de aplicada la propanidida y el grupo de propofol muestra un descenso igualmente a los dos minutos de la aplicación pero en un 7% con respecto a la basal.

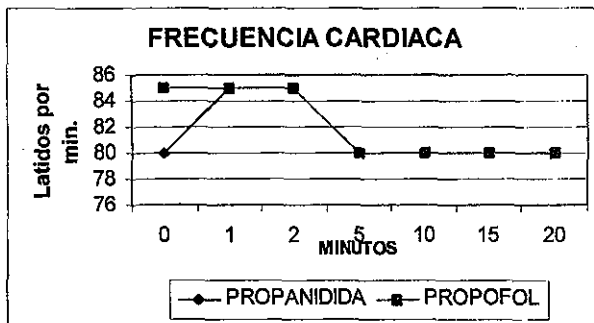
GRAFICA 2.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La frecuencia cardiaca es otro de los parámetros medidos durante el estudio, la cual no mostró gran diferencia entre los grupos, únicamente el ascenso de la frecuencia cardiaca en el grupo de propanidida al primer minuto para descender al igual que el grupo de propofol a los 5 minutos y posteriormente mantenerse estable. Con respecto a la basal la propanidida tiene un ascenso del 5% de la basal para descender hasta la basal y mantenerse de esta manera. Grafica 3.

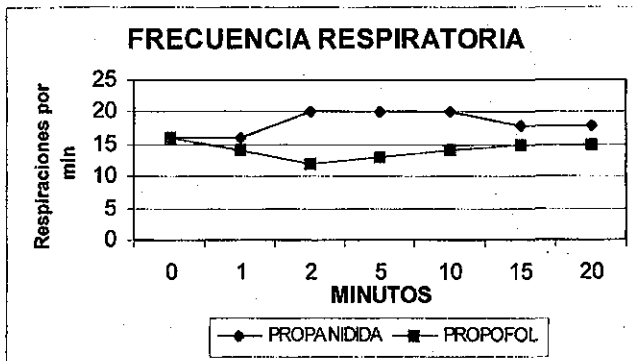
Grafica 3



La frecuencia respiratoria es uno de los parámetros que presentaron mayores cambios en ambos grupos de estudio, El grupo de propanidida a comparación del propofol presenta un aumento inicial de la frecuencia respiratoria de 45% mas de la basal lo cual lleva al paciente a no presentar desaturación, en cuanto al propofol como es bien sabido causa depresión respiratoria hasta llegar a unos segundos de apnea en donde radica la gran diferencia encontrada entre los dos grupos, en el grupo de propofol se tiene que asistir al paciente con respecto a a la ventilación. Grafica 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4.



DISCUSION

La eficacia de propofol ha sido ampliamente estudiada tanto como agente de inducción anestésica como de mantenimiento , sin embargo en la actualidad existen pocos estudios que demuestran las propiedades de la propanidida .

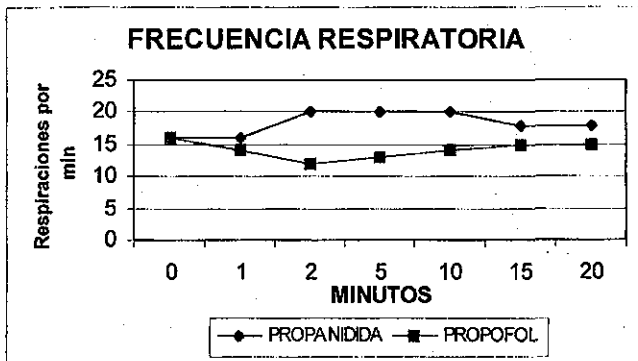
La Dra. Sara L. Guerrero y Cols llegan a la conclusión de que existen cambios hemodinámicos con la aplicación de propanidida pero que es más marcada en comparación con el propofol . por lo tanto este medicamento estaría contraindicado en pacientes hipotensos o con choque hipovolemico.la única diferencia que en el presente estudio se encontró es que la TA disminuye severamente los 3 primeros minutos posteriores a la administración y posteriormente se volvía a normalizar.

La frecuencia cardiaca no tuvo gran diferencia entre los dos grupos. Y no se ha descrito grandes cambios diferenciales en estudios anteriores.

En cuanto a la frecuencia respiratoria con la aplicación de propanidida se presenta un aumento aproximadamente del 40% de la basal la cual consecuentemente hace que la saturación de O2 no descienda y que no se presente apnea. En cuanto al despertar de las pacientes se ha descrito en el artículo de la Dra Sara L, que es mas rápida con propanidida y de igual manera se presenta en nuestro estudio por lo tanto la estancia en la sala quirúrgica es menos prolongada.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4.



DISCUSION

La eficacia de propofol ha sido ampliamente estudiada tanto como agente de inducción anestésica como de mantenimiento , sin embargo en la actualidad existen pocos estudios que demuestran las propiedades de la propanidida .

La Dra. Sara L. Guerrero y Cols llegan a la conclusión de que existen cambios hemodinámicos con la aplicación de propanidida pero que es más marcada en comparación con el propofol . por lo tanto este medicamento estaría contraindicado en pacientes hipotensos o con choque hipovolemico.la única diferencia que en el presente estudio se encontró es que la TA disminuye severamente los 3 primeros minutos posteriores a la administración y posteriormente se volvía a normalizar.

La frecuencia cardiaca no tuvo gran diferencia entre los dos grupos. Y no se ha descrito grandes cambios diferenciales en estudios anteriores.

En cuanto a la frecuencia respiratoria con la aplicación de propanidida se presenta un aumento aproximadamente del 40% de la basal la cual consecuentemente hace que la saturación de O2 no descienda y que no se presente apnea. En cuanto al despertar de las pacientes se ha descrito en el artículo de la Dra Sara L, que es mas rápida con propanidida y de igual manera se presenta en nuestro estudio por lo tanto la estancia en la sala quirúrgica es menos prolongada.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

12

CONCLUSION

- 1.- La propanidida comienza a ser uno de los medicamentos opcionales de la anestesia en procedimientos quirúrgicos cortos bajo las precauciones pertinentes.
- 2.- La aplicación de propanidida no causa depresión respiratoria la cual si se observa con la aplicación de propofol.
- 3.-La rapidez al despertar que se observa con propanidida es mayor que con el propofol.
- 4.-Los resultados pueden variar al aumentar el tamaño de la muestra.

BIBLIOGRAFIA

1. Ibarra J Luis Eulalio, Galvan M Mrdokeo, Haro G Luis, Corbala F Carlos Roman R Maricela. Eficacia de propofol-fentanyl en endoscopía de tubo digestivo. Rev. Mex. Anest 20:193,1997.
2. Glen, G:E: Davies, DS. Thomson, SC Scarth y AV: Thompson. An animal model for the investigation of adverse responses to I:V: anaesthetic agents and their solvents. Br. J. Anaesth 51:819, 1979.
3. LozanoN Roberto, Barriaga A. Gustavo; Moreno A: Marco. A.; Rojas M. LiCastillo T. Nohemi p: Contaminación bacteriana extrínseca de propofol. Rev. Mex. Anest. 22; 59, 1999
4. Lorenz, A. Doenicke, R. Meyer, H. J. Reimann, J. kusche, H. Barth, H: Geesing, M. Hutzel y B. Weissenbacher. Histamine release in man by propanidid and thiopentone: Pharmacological effects and clinical consequences. BR. J. Anaesth. 44,355,1972
5. Doenicke, W. Lorenz, R. Beigi. H. Bezecny, G. Uhlig, L.Kalmar, B. Paetorius y G. Mann. Histamine release aftter intravenous aplications of short-acting hypnotic. A comparison of Eomidate, Althesin, and Propanidid. Br. J. Anaesth 45, 1097,1973
6. Turner. V.R: Keep y N. Bartholomeaeus. Anaphylaxis induced by propanidid and atropine. Br. J. Anaesth. 44,211;1972
7. Stela, G. Torri y C. L. Castiglioni. The relative potencies of tiopentone, Ketamine, Propanidid, Alphaxalone and diazepam. Br J. Anaesth. 51. 119, 1979
8. Monks y J Norman. Prolongation of suxamethonium-induced paralysis by propanidid. Br. J. Anaesth. 44,1303,1972.
9. Hewitt, R.C: Hamilton, J.F: O' Donnel y J. W: Dundee. Clinical studies of induction agents XIV: A comparative study of venous complications Followin Tiopentone, Methoexitone and Propanidid. Br. J. Anaesth. 38, 115. 1996.
10. Cossham y R. A: Dixon. Subanaesthetic dosege of propanidid as a sedative for dentistry: A controlled clinical tial. Br. J. Anaesth 45, 369; 1973.

11. Jura. S, Denis L: Bourkc, Jeffrey Hammel. Edwar Mascha, Padmini, Thomas. Igor Tubin. Predicting The difficult Neuraxial Block: A prospectiva study. Anest Analg. 89. 384, 1999.
12. Fu. S Xue, Bar. W: Li, Xu Liao, yan . M. Zhang. The influence of surgical sites on early postoperative hypoxemia in adults undergoing elective Surgery. Anaesth. Analg. 16,1999
13. Kere Frey, Do. Radhaaa Sudhani, MD, Julius Pawwlowksi, MD. Ana Lucia, Pappas, Md. Mariana Mikat-Stevens, y Stephen Slogoff, MD. Propofol versus Propofol-Ketamine sedation Quality, intraocular pressure changes, and recovery profiles. Anaesth. Analg. 89:317, 1999
14. Sanchez G. Sara Leticia, Sanchez O: Miguel, Casillas de G. Bernardette. Estudio comparativo de propofol y propanidido.
15. Vicent. J. Collins. Anestesiologia 2ª Edicion, Edit Interamericana Mac Graw-Hill, pp373, 1980
16. Cecil Gray, John F: Nunn; J. E. Utting, Anestesia General 2ª Edicion Editorial Salvat ; voi 1 pp. 219 , 1982.

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN