

11202-62



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
"LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"DEXAMETASONA - BUPRENORFINA vs BUPRENORFINA EN
*ANA*LGESIA EPIDURAL POSTOPERATORIA".

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
A N E S T E S I O L O G O
P R E S E N T A
DR. ALFONSO JAVIER GUERRERO PACHECO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

"DEXAMETASONA-BUPRENORFINA vs BUPRENORFINA EN ANALGESIA

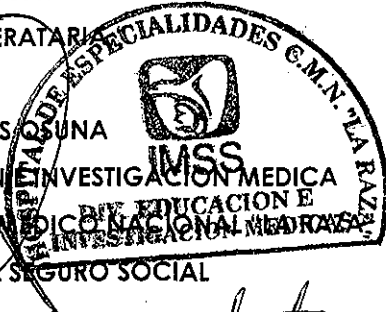
EPIDURAL POSTOPERATORIA

DR. JESUS ARENAS AGUIRRE

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ANESTESIOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. OSCAR AGUILERA MADRIGAL

JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

HOSPITAL GINECO-PEDIATRIA 3-A

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. ALFONSO JAVIER GUERRERO PACHECO

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

2002-671-0001

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE LICENCIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
C. M. N.

**"DEXAMETASONA-BUPRENORFINA vs BUPRENORFINA EN
ANALGESIA EPIDURAL POSTOPERATORIA "**

DR. ALFONSO JAVIER GUERRERO PACHECO *

DR. OSCAR AGUILERA MADRIGAL**

DRA. CECILIA RODRIGUEZ VALENZUELA ***

DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA ****

DR. DANIEL FLORES LOPEZ *****

*** MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA
HECMN "LA RAZA "**

**** JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA HGP-3A**

***** JEFA DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA HGP-3A**

****** TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ANESTESIOLOGIA DEL
HECMN "LA RAZA "**

******* JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL HECMN "LA RAZA "**

SUMMARY

Dexametasona-buprenorfina

vs buprenorfina in analgesia postoperative epidural. Guerrero Pacheco AJ. Aguilera Madrigal O. Rodríguez Valenzuela C. Dosta Herrera JJ. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "LaRaza", México D.F.

OBJECTIVE: To evaluate the postoperative analgesia of the combination Dexametasona-Buprenorfina with regard to alone buprenorfina administered via catheter peridural and if this combination provides satisfactory analgesia for more time.

MATERIAL AND METHODS: Previous authorization of the local committee of the HGP 3-A of the IMSS and by means of informed consent on the part of the patients 62 patients were studied among 30-55 years of age programmed for abdominal hysterectomy, 1 lower if anesthetizes regional mixed with placement of catheter inert peridural for postoperative analgesia were divided in two groups in an aleatory way to the group TO he/she is applied buprenorfina .3 mg, to the group B buprenorfina .3 mg more dexametasona 8 mg appraised to 10 ml is physiologic solution for via peridural at the end of the surgery .Previous to the administración, himself registered arterial pressure, heart frequency, breathing frequency, saturation of oxygenate, state of conscience and intensity of the pain according to EVA of the 0 at 10. Los same parameters registered to the 15,30,30.90.120.180,360 and 720 minutes, later to the application of the medications compared in both groups data and statistical analysis they are gathered with SPSS 10.0.

RESULTS: Of agreement to the surgery type, the technique and the time of anesthesia were similar. The duration of the analgesia in the group A (buprenorfina) it was 5.2 hs with a standard deviation of .514 and in the group B (buprenorfina + dexametasona) it was of 11.1 hs with a standard deviation of 1.4 being statistically this difference significant with a value of $P < 0,05$.

Any patient in both groups presents a Ramsay bigger than 2, you nauseates y/o vomit, and pruritus, the retention urinaria you was not valued by presence of probe vesical.

CONCLUSIONS: The buprenorfina in a to good postoperative analgesic option for via peridural, without changes ventilatorios, with a poor beneficent sedation during their stay in the recovery room, practically without it nauseates and vomit, and that when adding him dexametasona potencializa the duration of the analgesia without increasing colateral effects, recommending is since he/she offers bigger benefits that risks.

WORDS KEY: postoperative analgesia, anesthetizes regional mixed, buprenorfina, dexametasona.

RESUMEN

Dexametasona - buprenorfina vs buprenorfina en analgesia epidural postoperatoria.
Guerrero Pacheco AJ. Aguilera Madrigal O. Rodríguez Valenzuela C. Dosta Herrera JJ.
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza". México D.F.

OBJETIVO: Evaluar la analgesia postoperatoria de la combinación Dexametasona - Buprenorfina con respecto a buprenorfina sola administrados vía cateter peridural y si esta combinación provee analgesia satisfactoria por más tiempo.

MATERIAL Y METODOS: Previa autorización del comité local del HGP 3-A del IMSS y mediante consentimiento informado por parte de los pacientes se estudiaron 62 pacientes entre 30 - 55 años de edad programadas para histerectomía abdominal, bajo anestesia regional mixta con colocación de cateter peridural inerte para analgesia postoperatoria se dividieron en dos grupos de forma aleatoria al grupo A se le aplico buprenorfina .3 mg, al grupo B buprenorfina .3 mg más dexametasona 8 mg atorados a 10 ml son solución fisiológica por vía peridural al término de la cirugía .Previo a la administración, se registraron presión arterial , frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria , saturación de oxígeno, estado de conciencia e intensidad del dolor de acuerdo a EVA del 0al 10.Los mismos parámetros se registraron a los 15,30,30.90.120.180,360 y 720 minutos , posterior a la aplicación de los medicamentos comparados en ambos grupos se recolectan datos y análisis estadístico con SPSS 10.0.

RESULTADOS: De acuerdo a los resultados, el tipo de cirugía , la técnica y el tiempo de anestesia fueron similares. La duración de la analgesia en el grupo A (buprenorfina) fue 5.2 hs con una desviación estandar de .514 y en el grupo B (buprenorfina + dexametasona) fue de 11.1 hs con una desviación estandar de 1.4 siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor de $P < 0,05$.

Ningún paciente en ambos grupos presento un Ramsay mayor de 2, nausea y/o vómito, y prurito, la retención urinaria no fue valorada por presencia de sonda vesical.

CONCLUSIONES: La buprenorfina en un a buena opción analgésica postoperatoria por vía peridural, sin cambios ventilatorios, con una pobre sedación benéfica durante su estancia en la sala de recuperación , practicamente sin nausea y vómito, y que al adicionarle dexametasona potencializa la duración de la analgesia sin aumentar efectos colaterales, recomendando está ya que ofrece mayores beneficios que riesgos.

PALABRAS CLAVE: analgesia postoperatoria, anestesia regional mixta, buprenorfina, dexametasona .

TITULO: "Dexametasona – Buprenorfina vs Buprenorfina en
Analgesia Epidural Postoperatoria "

ANTECEDENTES En los últimos años ha tomado gran importancia el manejo del dolor postoperatorio buscando una gran cantidad de fármacos que provean analgesia suficiente con un mínimo de efectos secundarios. Bentley concibió la idea de preparar compuestos que pudieran adaptarse al receptor analgésico pero sin producir los efectos adversos de la morfina.

La buprenorfina es un agente analgésico potente, que tiene gran afinidad por los receptores opiáceos tipo Mu en el hombre y que se define como "agonista parcial", pudiendo ser utilizado por diferentes vías de administración

Los estudios comparativos revelan que es entre 25 y 30 veces más potente que la morfina, con una calidad de analgesia similar o superior a esta pero con menos efectos y riesgos secundarios ^{1,2}.

La administración epidural de opioides ha sido utilizada extensamente en el manejo del dolor postoperatorio. El

efecto de los opioides en el espacio epidural es dependiente del balance entre el transporte directo dural, la absorción sistémica y el depósito en grasa. Se ha sugerido

que el uso de drogas liposolubles podría reducir el riesgo de depresión respiratoria. Sin embargo cuando se administra por vía epidural, altas dosis de agentes liposolubles son requeridas para compensar el depósito en grasa y la absorción sistémica.

La buprenorfina es altamente liposoluble con una potente actividad intrínseca y que se fija fuertemente a los receptores. Se ha propuesto que la dosis optima de buprenorfina en espacio epidural para producir analgesia es de 0.1 mg.; sin embargo algunos autores consideran que la dosis de buprenorfina epidural debe ser similar a la usada por vía endovenosa, siendo la administración semejante a la

observada con morfina^{1,2,3}.

Entre otros efectos se han reportado también alucinaciones y prurito. En la mayoría de los estudios realizados no se ha reportado disminución significativa de la presión arterial y la frecuencia cardíaca tras la administración de buprenorfina por vía epidural, a diferencia de su administración por vía endovenosa, donde se observa una disminución en un 10-15 % y frecuencia cardíaca en 24% que va en relación a dosis empleada. Finalmente se acepta que la utilización de buprenorfina por vía epidural para el manejo del dolor postoperatorio resulta eficaz y segura, en razón a sus propiedades fisicoquímicas particulares tales como liposolubilidad elevada, paso fácil de la barrera hematoencefálica, una prolongada unión a los receptores medulares y ausencia de aditivos conservadores proporcionando una analgesia con una duración que algunos reportan de alrededor de 8 hs. tras la aplicación de 0.3 mg, con un mínimo de efectos secundarios; 0.23 mg. por vía epidural son equipotentes a 3 mg. de morfina con mínimo de efectos secundarios, sobre todo en cirugías abdominales altas y bajas incluyendo la cirugía ginecoobstétrica^{4,5,6,7,8}.

Los efectos secundarios observados más comúnmente después de la administración de buprenorfina por vía epidural son náusea y vómito, el grado de sedación nunca es mayor de moderado y ocasionalmente se ha reportado depresión respiratoria la cual es significativamente menor a la observada con morfina.

Por otro lado la dexametasona es un glucocorticoide sintético de acción prolongada con marcada actividad antiinflamatoria y que a diferencia de la cortisona, carece de propiedades mineralocorticoideas importantes. Inhibe el proceso inflamatorio de

cualquier origen, sea este químico, mecánico o inmunológico, e inhibe las reacciones de hipersensibilidad mediada por células. Su potencia antiinflamatoria es unas 25 veces mayor que el cortisol y 6 veces mayor que la prednisolona .Su acción antiinflamatoria se atribuye a que induce la síntesis de macrocortina, la cual inhibe la fosfolipasa A2 y, en consecuencia, todo el proceso de síntesis de prostaglandinas, tromboxano y leucotrienos; además suprime la emigración leucocitaria, estabiliza la membrana liposómica, reduce la actividad de los fibroblastos, revierte los efectos capilares de la histamina e inhibe la formación de anticuerpos, al igual que la hidrocortisona, sus efectos se atribuyen a la acción sobre receptores citoplásmicos específicos que promueven la síntesis de diversas enzimas ^{9,10,11}. Se absorbe bien tanto en el tubo digestivo como en los sitios de aplicación local. Su vida media biológica es de 36-72 horas, presentando las siguientes reacciones adversas: frecuentes, sensación de bienestar, aumento del apetito, nerviosismo, intranquilidad, dificultad para dormir; poco frecuentes: visión borrosa, polaquiuria, sed; raras: erupción cutánea u otras manifestaciones de hipersensibilidad, alteraciones psíquicas: confusión, desorientación, euforia, alucinaciones, episodios maniacodepresivos la dosis varía de 0.5 mg, a 20 mg. con una dosis ponderal de 27.76 a 166.65 mcg / kg.,^{11,12,13,14,15}.

La fisiopatología del dolor postoperatorio agudo es principalmente nociceptivo. También se produce sensibilización central. Los mediadores inflamatorios (prostaglandinas, histamina, serotonina, y bradicinina) aumentan la sensibilidad de los nociceptores en la periferia. La sensibilización central es resultado de la reorganización funcional en el asta dorsal de la medula espinal. Ambos procesos

producen una respuesta exagerada ante estímulos nocivos, diseminación de la hiperresponsividad al tejido no lesionado y reducción del umbral de percepción al dolor.

La contractura muscular secundaria a dolor en el abdomen o tórax disminuye la capacidad vital y por último reduce la ventilación alveolar. Por tanto la atelectasia es una complicación postoperatoria frecuente. Cuando la tos es muy dolorosa y ocurre con esfuerzo mínimo o de manera infrecuente puede presentarse retención de secreciones y neumonía posterior. La liberación de hormonas del estado de estrés y catecolaminas secundaria al dolor ocasiona taquicardia e hipertensión persistentes y ello aumenta el gasto cardíaco y el consumo de oxígeno por el miocardio. El incremento de actividad simpática reduce la motilidad intestinal y prolonga la recuperación.

El uso de esteroides epidurales combinados con anestésicos locales es parte del tratamiento del dolor crónico de columna, así como de algunas radiculopatías de origen compresivo, utilizando metilprednisolona o triamcinolona en dosis de 40 a 80 mg cada 2 a 4 semanas ^{15,16}.

Por consiguiente es factible que la combinación dexametasona-buprenorfina aumente el tiempo de analgesia postoperatoria comparado con buprenorfina sola.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó estudio comparativo, prospectivo, longitudinal que fue integrada por una población de 62 pacientes programados para histerectomía total abdominal bajo anestesia regional mixta, seleccionadas de forma aleatoria, se formaron 2 grupos; el grupo A: al cual se le aplicó buprenorfina vía peridural y el B : al cual se le aplicó buprenorfina + dexametasona peridural ambos de 31 pacientes cada uno

Criterios de Inclusión

1. Sexo femenino
2. Edad comprendido entre 30 y 55 años
3. Peso entre 40 y 90 kg
4. Pacientes cuyo procedimiento quirúrgico sea una Histerectomía abdominal
5. Estado físico ASA I - II
6. Cirugía electiva .

Criterios de exclusión

1. Pacientes que no aceptaron el procedimiento
2. Estados de inestabilidad hemodinámica
3. Alteraciones de la función hepática
4. Farmacodependencia
5. Alergia a los medicamentos del estudio
6. Trastornos de la coagulación
7. Infección o deformación en el sitio de la punción
- 8 .ASA III, IV, V

Criterios de no Inclusión

1. Procedimientos que necesitan cambios de técnica anestésica
2. Complicaciones quirúrgicas
3. Punción accidental e inadvertida de duramadre
4. Punción vascular
5. Hipersensibilidad de medicamentos

Todos los pacientes fueron valorados en la visita preanestésica un día antes para valorar su estado físico (ASA) y decidir su inclusión o no en el estudio.

Los dos grupos de pacientes fueron monitorizados tipo I (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, oximetría de pulso, a través de estetoscopio precordial, baumanómetro anaeroide, oxímetro de pulso), registrándose los signos basales, se canalizo vena periférica, para administración de líquidos parenterales.

La administración preanestésica, en ambos grupos consistio, en atropina 10 - 20 mcg / kg.. Se administrara una carga previa de 10 a 15 ml/ kg de solución Hartmann 10 minutos antes de comenzar el procedimiento anestésico, en los pacientes del grupo A y B se siguieron los siguientes pasos :

1. Toma se signos vitales basales.
2. Se colocara al paciente en decúbito lateral
3. Se localiza espacio bloquear (L2-L3), y se realiza antisepsia de la región y colocación de campos estériles
4. Una vez identificado el espacio se infiltra con lidocaina simple el espacio elegido
5. Se introduce la aguja de Touhy No. 17 se identifica espacio

peridural con técnica Pitkin

6. Con una aguja Whitacre No. 27 mediante técnica de "aguja sobre la aguja" se localiza el espacio subdural corroborándolo con obtención de LCR. .

7. Una vez verificado el espacio se coloca dosis Bupivacaina 0.5% simple subdural

8. Se coloca aguja peridural en posición cefálica y se introduce cateter peridural hasta la segunda marca se da posición a la paciente en decúbito y se toman signos vitales de inmediato .

9. Durante el transanestésico se evita la administración de anestésicos.

10. En cuanto se decide el inicio de cierre de peritoneo se aplica metoclopramida 10 mg. IV.

11. Diez minutos después al grupo A se le aplica una dosis de buprenorfina .3 mg más 10 ml. de solución estéril a través del catéter y al grupo B buprenorfina .3 mg + dexametasona 8 mg. más 10 ml de solución estéril .

12. Se monitoriza al paciente con signos vitales a los 5,10,15, 30,60,90,120,180,360,y 720 minutos.

13. Asimismo se evaluará el dolor con EVA en los mismos rangos de tiempo determinándose la presencia de dolor con una EVA mayor de 4.

14. Se transcriben en una hoja de recolección de datos.

RESULTADOS

El presente estudio prospectivo, comparativo y longitudinal estuvo constituido por 62 pacientes, divididos aleatoriamente en 31 pacientes en cada grupo, realizándose el análisis estadístico con el programa SPSS 10.0 con medidas de tendencia central y de dispersión y con la t de student apareada para comparación de grupos.

La media de edad del grupo A fue de 44 ± 7 tabla 1 y el grupo B 41 ± 7 tabla 2. Todas fueron del sexo femenino ya que el estudio se realizó en pacientes a las que se le realizó histerectomía abdominal.

De acuerdo al tipo de cirugía la técnica y el tiempo de anestesia fueron similares siendo el promedio de 2,1 hs. para el grupo A y de 2.2 hs para el grupo B tabla 7.

El peso promedio fue de 65 ± 8 kg. Para el grupo A y de 65 ± 10 kg. Para el grupo B tabla 3 y 4.

En el grupo A (buprenorfina) la EVA inicial fue de 0 presentando una EVA de 5 a las 5.2 hs, promedio tabla 5, con una desviación estandar de .514 con dosis de rescate con metamizol más un AINE por razón necesaria.

En el grupo B con una EVA inicial de 0 y una EVA de 5 a las 11.1 hs promedio tabla 6, con una desviación estandar de 1.416 con dosis de rescate con metamizol más un AINE por razón necesaria; en el grupo A el 30% de las pacientes requirieron la adición de un AINE (diclofenaco, ketorolaco) a la dosis de metamizol como dosis de rescate; en el grupo B en ningún paciente requirió la adición de un AINE a la dosis de metamizol como dosis de rescate; en ninguno de los dos grupos se aplicaron dosis subsecuentes de narcótico, la diferencia en cuanto a la duración de la analgesia postoperatoria fue estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$ tabla 7.

En cuanto a la sedación ninguna paciente tuvo una escala de sedación mayor que un Ramsay de 2 y ningún paciente presentó depresión respiratoria tabla 7.

Solo un paciente del grupo A presentó náuseas y vómito, en el grupo B ningún paciente presentó náuseas ni vómito.

Ningún paciente en ambos grupos presentó prurito, y la presencia o no de retención urinaria no pudo ser valorada ya que las pacientes salían del quirófano con sonda vesical.

En cuanto a las variables hemodinámicas de tensión arterial sistémica y frecuencia cardíaca no se encontraron diferencias significativas entre los valores promedio de cada grupo y los sujetos en el estudio

DISCUSIÓN

En el estudio se observaron las cualidades benéficas de la buprenorfina en cuanto a la calidad analgésica de la misma cuando esta es aplicada por vía peridural para cirugías abdominales bajas con una analgesia de tiempo considerable de entre 4 y 6 hs efectivas y que en nuestro estudio el grupo A fue de 5.2 hs en promedio, que suele ser el período más crítico de todo aquel paciente que ha sido sometido a cirugía por lo que es actualmente una de las alternativas más importantes para el manejo del dolor postoperatorio ^{2,3,4,5}.

Se mostró que la adición de dexametasona por vía peridural aumenta la duración analgésica de la buprenorfina sin potencializar los efectos colaterales de la misma, los cuales son escasos cuando se utiliza la vía peridural, y sin presentar efectos colaterales atribuibles al uso de dexametasona, con una duración de la analgesia en el grupo B de 11.1 hs.; siendo estadísticamente significativa con una $p < 0.05$.

Además las dosis de rescate no requirieron el uso adicional de algún opioide ya que en la mayoría de los pacientes de ambos grupos solo requirieron la aplicación de metamizol a dosis ponderal y en el 30% de los pacientes del grupo A requirieron la adición de un AINE (diclofenaco o ketorolaco).

La sedación es una de las manifestaciones más frecuentes como complicación en la administración de fármacos opioides, pero esta no se evidenció en el presente estudio ya que ambos grupos el Ramsay no fue mayor de 2, siendo en este rango una sedación benéfica durante su estancia en la sala de recuperación, en ningún paciente de ambos grupos se presentó depresión respiratoria, sin

olvidar el rango de edad de las pacientes que participaron en el presente estudio.

Solo una paciente del grupo A presento nauseas y vomito durante el periodo postoperatorio que requirió manejo con ondasetron, y ranitidina IV, la paciente era portadora de enfermedad ácido péptica de larga evolución, presentando una respuesta favorable y cese de las nauseas y el vomito aproximadamente a los 45 minutos.

Ningún paciente de ambos grupos presento prurito, y la retención urinaria no fue valorable ya que las pacientes salían de quirófano con sonda vesical, además esta complicación no es muy común con el uso de opioides peridural ^{6,7}.

CONCLUSIONES

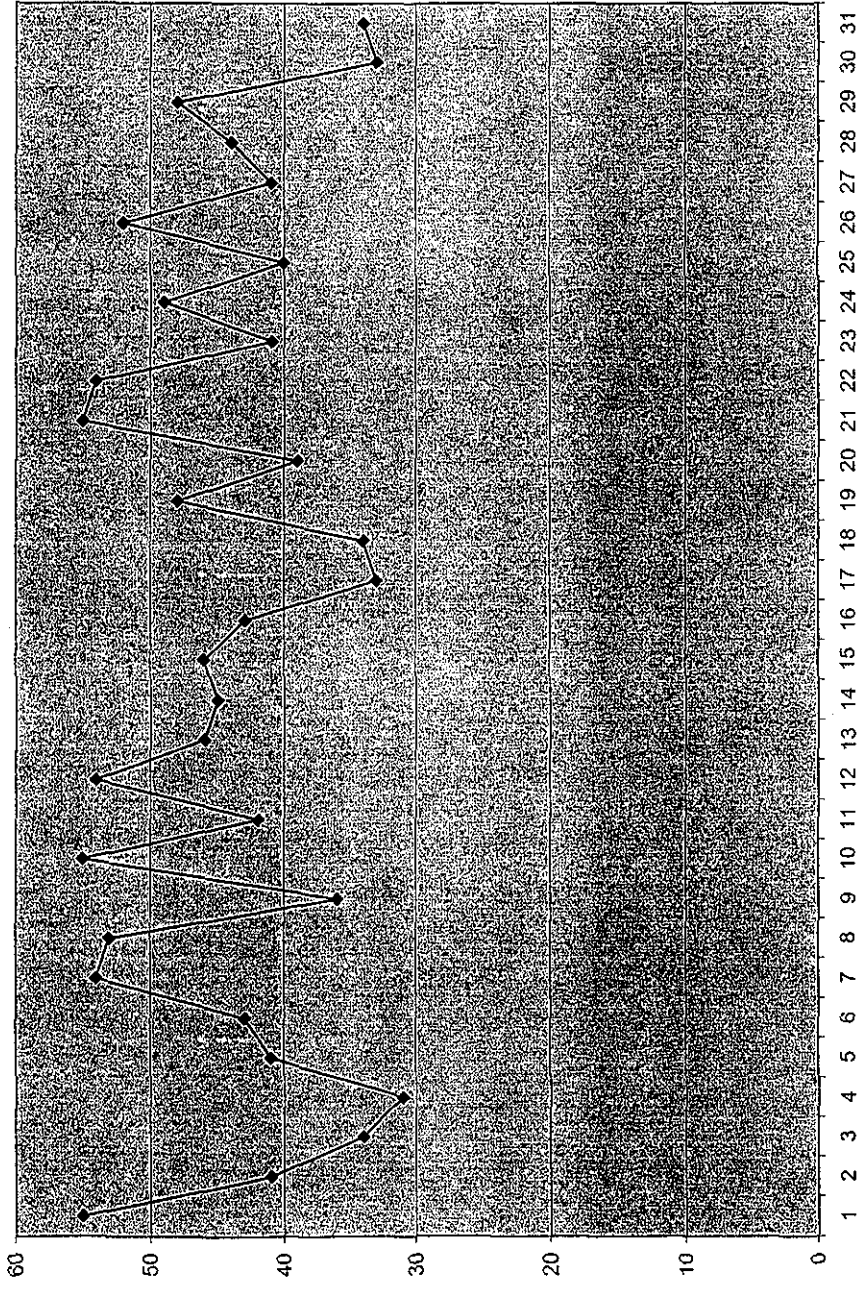
A partir de 1976 en donde se documenta la presencia de receptores opioides en las laminas de Rexed diversos autores han hecho reportes del efecto benéfico de usar estos a nivel peridural evitando efectos sistémicos depresivos, el trabajar con un opioide no agonista como la buprenorfina ha buscado y encontrado una buena opción de analgesia postoperatoria peridural adecuada, sin cambios respiratorios, con una pobre sedación benéfica durante su estancia en la sala de recuperación, prácticamente sin presencia de nauseas y vómito y que al adicionarle dexametaxona potencializa la duración de la analgesia sin aumentar sus efectos colaterales, ecomendando esta técnica ya que ofrece a los pacientes mayores beneficios la combinación buprenorfina – dexametasona peridural que riesgos. Potencialmente con una deambulación temprana y una disminución de la estancia hospitalaria.

Pudiendo competir con la nueva generación de infusores por su menor costo, y con la analgesia peridural con horario por requerir menores cuidados y personal, para supervisión del cateter y aplicación de dosis en su estancia hospitalaria. Siendo por tanto una excelente opción para el manejo de dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía de abdomen bajo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Series1

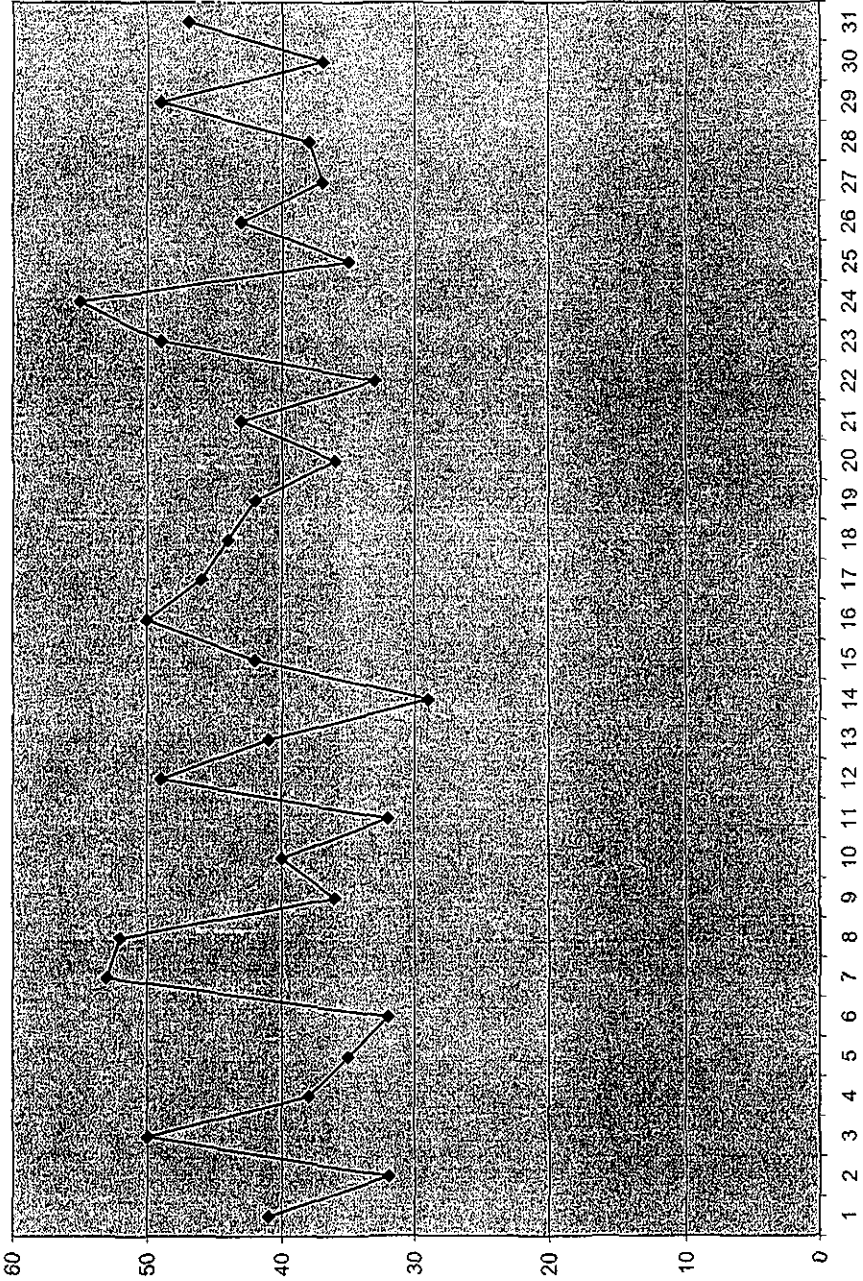
Edad Grupo A Tabla 1



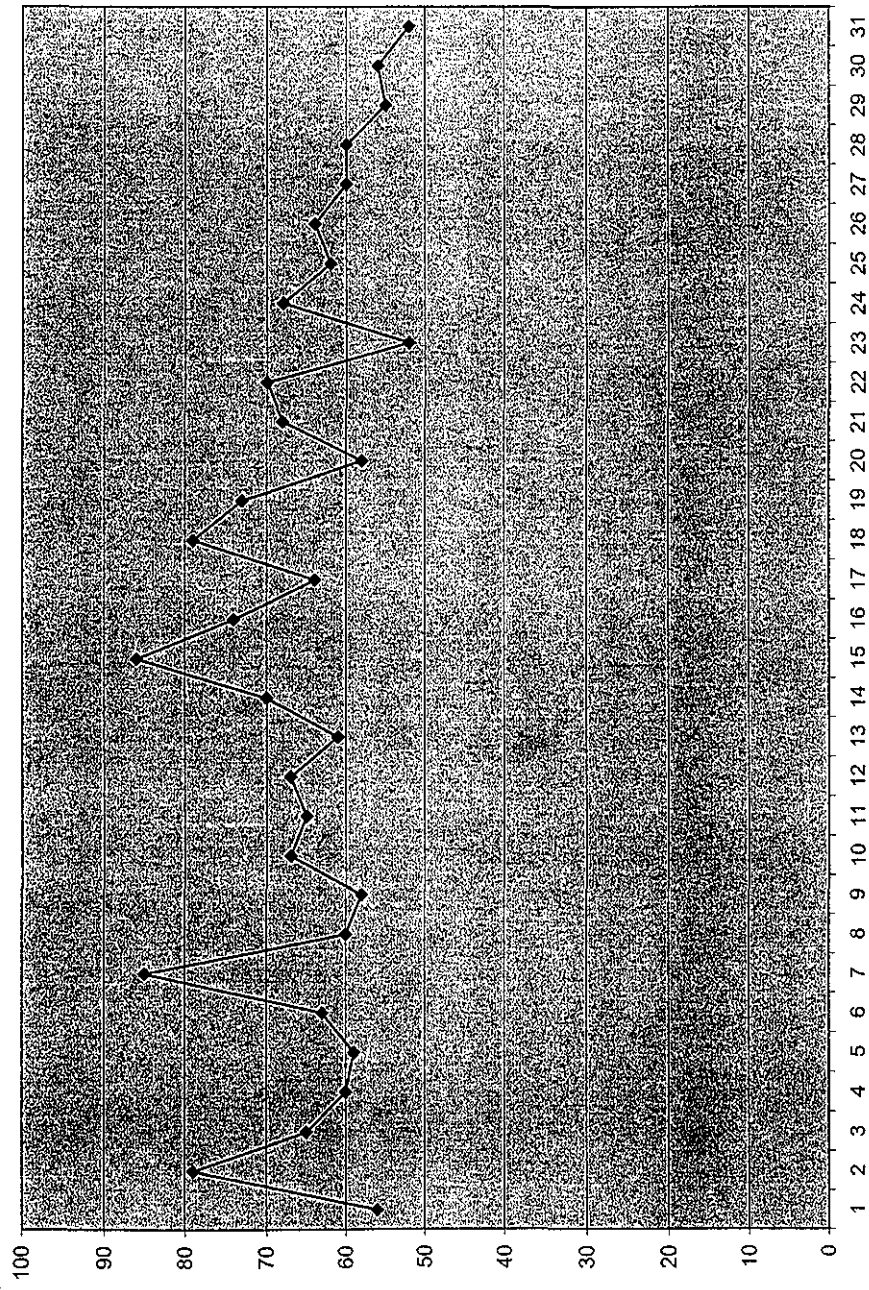
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Serie1

Edad Grupo B Tabla 2



Peso Grupo A Tabla 3



Serie1

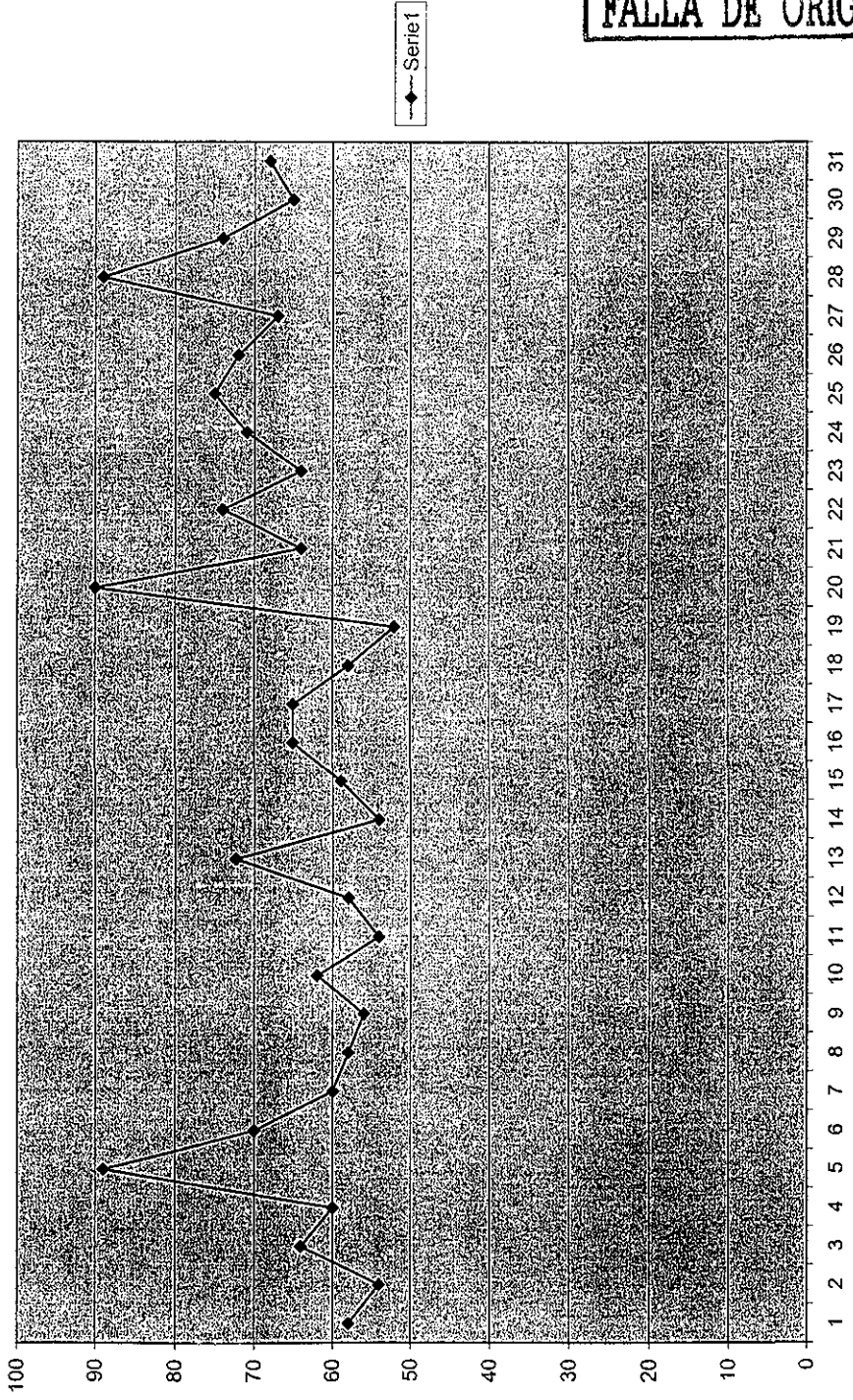
TESTS CON FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

21

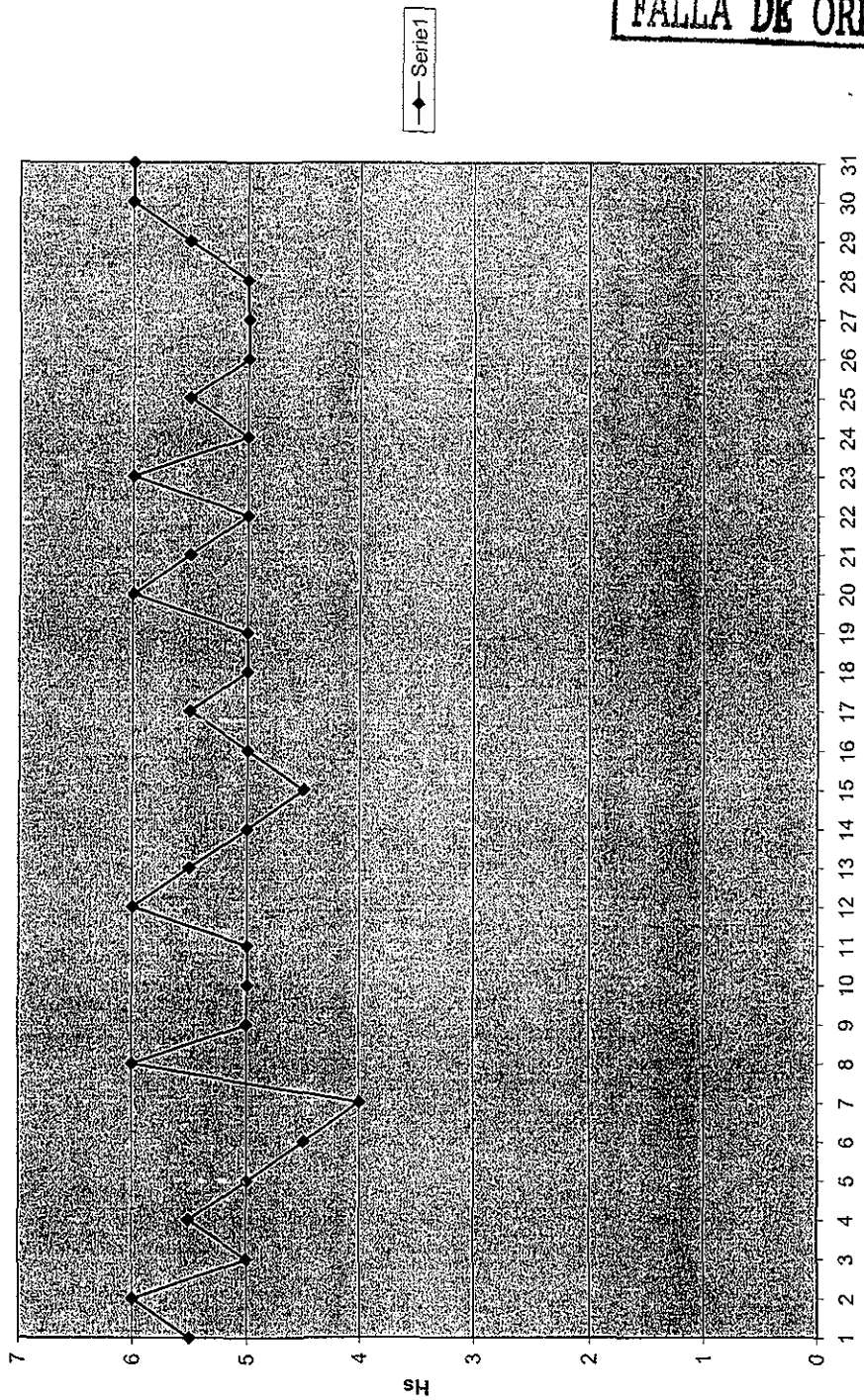
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Peso Grupo B Tabla 4



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Duración Analgesia Grupo A Tabla 5



Analgesia Grupo B Tabla 6

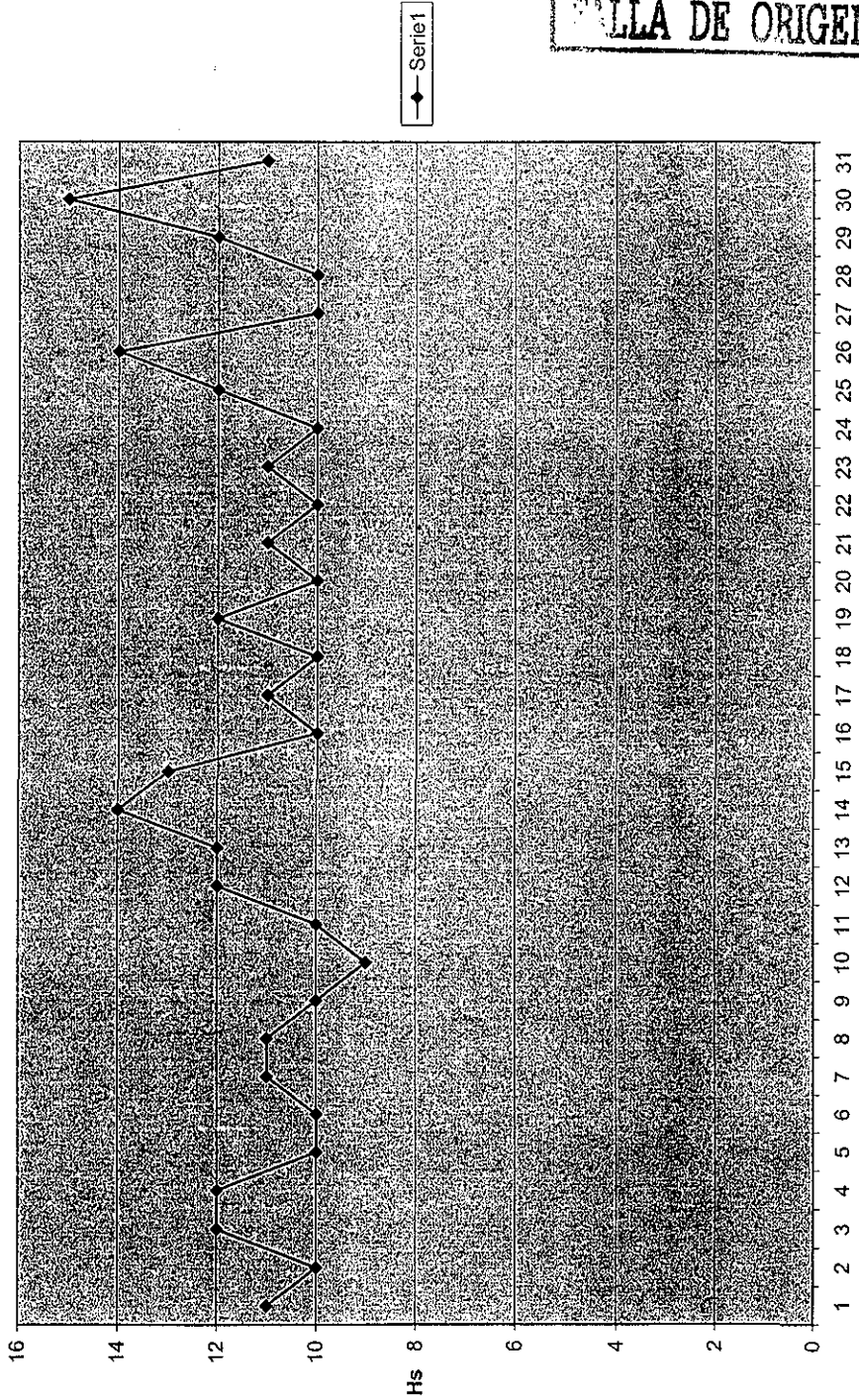


TABLA 7

1	A	B	C	D	E	F	G
				N	MEDIA	DESVIACION	
2	EDAD AÑOS		GRUPO A	31	44	7.6	
3			GRUPO B	31	41.4	7.1	
4							
5	PESO KG.		GRUPO A	31	65	8.7	
6			GRUPO B	31	65.8	10.1	
7							
8	ANESTESIA HS.		GRUPO A	31	2.1	0.326	
9			GRUPO B	31	2.2	0.404	
10							
11	ANALGESIA HS.		GRUPO A	31	5.2	0.514	
12				31	11.1	1.416	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Crosstabs

Grupo de estudio * Presencia de nausea

Crosstab

Count		Presencia de nausea		Total
		si	no	
Grupo de estudio	Buprenorfina peridural	1	30	31
	Buprenorfina + dexametasona peridural		31	31
Total		1	61	62

Grupo de estudio * Presencia de vomito

Crosstab

Count		Presencia de vomito		Total
		si	no	
Grupo de estudio	Buprenorfina peridural	1	30	31
	Buprenorfina + dexametasona peridural		31	31
Total		1	61	62

Grupo de estudio * Presencia de prurito

Crosstab

Count		Presencia de prurito	Total
		no	
Grupo de estudio	Buprenorfina peridural	31	31
	Buprenorfina + dexametasona peridural	31	31
Total		62	62

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T-Test

Group Statistics

Grupo de estudio		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Edad en años	Buprenorfina peridural	31	44.00	7.60	1.36
	Buprenorfina + dexametasona peridural	31	41.48	7.10	1.27
Peso en Kgs	Buprenorfina peridural	31	65.032	8.792	1.579
	Buprenorfina + dexametasona peridural	31	65.848	10.165	1.826
Anestesia en hrs	Buprenorfina peridural	31	2.161	.326	5.860E-02
	Buprenorfina + dexametasona peridural	31	2.290	.404	7.249E-02
Analgésia en hrs	Buprenorfina peridural	31	5.274	.514	9.228E-02
	Buprenorfina + dexametasona peridural	31	11.161	1.416	.254
Score de ASA	Buprenorfina peridural	31	1.65	.49	8.74E-02
	Buprenorfina + dexametasona peridural	31	1.84	.37	6.72E-02
Score de sedación	Buprenorfina peridural	31	2.00	.00 ^a	.00
	Buprenorfina + dexametasona peridural	31	2.00	.00 ^a	.00

a. t cannot be computed because the standard deviations of both groups are 0.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Edad en años	Equal variances assumed	.165	.686	1.347	60	.183	2.52	1.87	-1.22	6.25
	Equal variances not assumed			1.347	59.725	.183	2.52	1.87	-1.22	6.25
Peso en Kgs	Equal variances assumed	.446	.507	-.338	60	.736	-.816	2.414	-5.645	4.012
	Equal variances not assumed			-.338	58.779	.736	-.816	2.414	-5.647	4.014
Anestesia en hrs	Equal variances assumed	4.717	.034	-1.384	60	.171	-.129	9.321E-02	-.315	5.742E-02
	Equal variances not assumed			-1.384	57.475	.172	-.129	9.321E-02	-.316	5.759E-02
Analgésia en hrs	Equal variances assumed	17.927	.000	-21.753	60	.000	-5.887	.271	-6.428	-5.346
	Equal variances not assumed			-21.753	37.760	.000	-5.887	.271	-6.435	-5.339
Score de ASA	Equal variances assumed	12.934	.001	-1.757	60	.084	-.19	.11	-.41	2.68E-02
	Equal variances not assumed			-1.757	56.279	.084	-.19	.11	-.41	2.71E-02

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Morgan M. The racional use of intratechal and extradural opioids. Br J Anaesth 1989 ; 63:165-188.
- 2.- Guevara U, de Lile Fuentes R, Roa A L . Cual es la vía de administración ideal para los agonistas parciales (buprenorfina) en el alivio del dolor postquirúrgico ?.Rev Mex Anest 1995; 18:194-200.
- 3.-Gonzalez Barrera I, Cuenc Dardon J. Analgesia epidural postoperatoria comparando bujprenorfina-fentanyl . Rev Mex Anest 1996; 19:10-15.
- 4.-Arner S. Rawal N. Gustaffson LL. Clinical experience of long-term treatment with epidural and intratechal opioids a nationwide siurvery .Acta Anesthesiol Scand 1988; 32: 253-259.
- 5.-Bilsbark P. Rolly G. Efficacy of extradural administration of lofentanyl,buprenorphyne , or saline in the managementy of postoperative pain. A double-blind study. Br J Anaesth 1985; 57:948-953.
- 6.-Brownridge P. Epidural and intratechal opiates for postoperative pain relief. Anaesthesia 1983; 38:74-85.
- 7.-Brownridge P. Frewin DB. A comparative study of technioques of postoperative analgesia following cesarean section and lower abdomin al surgery. Anaesth and Int Care 1985; 13:123-130.
- 8.-Cousins MJ. Marther LE. Intratechal and epidural administration of opioids . Anesthesiology 1984; 61:276-310.
- 9.-Castillo J. Curley J. Glucocorticoids prolong rat sciatic nerve blockadein vivo from Bupivacaine. Anesthesiology 1996; 85:1157-66.
- 10.-Drager B.Bneziger D. Prolonged intercostals nerve blockade in sheep using controlled - release of bupivacaine and dexametasona from polymer microspheres . Anesthesiology 1998; 89:969-979.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

11.-Flower RJ.Blackwell GJ. Anti-inflammatory steroids induce biosynthesis of a phospholipase A2 inhibitor which prevents prostaglandin generation. Nature 1979; 278:456-459.

12.-Attardi B. Takimoto K. Glucocorticoid induced up - regulation of a pituitary K⁺ channel mRNA in vitro and in vivo. Receptors Channels 1993; 1:287-293

13.-Pennigton AJ, Kelly JS. Selective enhancement of an A type potassium current by dexametasone in a corticotrop cell line. J Neuroendocrinol 1994; 6:305-315.

Chung HT.Involvement of protein kinase C in the inhibition of nitric oxid production from murine microglial cells by glucocorticoid . Biochem Biophys Res Com 1994; 199: 633-639.

15.- Johanson A. Local corticosteroid application blocks transmission in normal nociceptive C fibers. Act Anaesthesiol Scand 1990; 34:355-358.

16.-Snock W. Webe H. Double-blind evaluation extradural methylprednisolone for herniated lumbar discs. Act Orthop Scand 1997; 48:635-641.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN