



1120219
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUROESTE
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SÉPULVEDA G"**

**INCIDENCIA DE DOLOR
POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

**PRESENTA:
DRA. ARACELI BRÍGIDO GRANADOS**

**ASESOR:
DR. JOAQUIN A. GUZMÁN SÁNCHEZ**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉXICO, D.F.

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

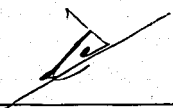


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES.

**JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES." DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**



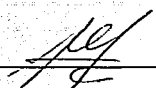
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DR. ALFONSO QUIRÓZ RICHARDS

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y JEFE DEL SERVICIO DE
ANESTESIOLOGIA.**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

" DR. BERNARDO SEPULVEDA G.



DR. JOAQUIN A. GUZMAN SÁNCHEZ.

**MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI**

" DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

ASESOR DE TESIS

DELEGACIÓN SUROESTE O.F.
C.M.N. SIGLO XXI
BASE HOSP. DE ESPECIALIDADES
MAR 05 2005
MEDICA

B

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Miguel y Teresa

Que me han conducido con amor y paciencia, hoy ven forjada una ilusión y un deseo.

Gracias por darme la libertad de elegir mi futuro, por brindarme su apoyo y confianza.

A MIS HERMANOS:

En reconocimiento por su estímulo y gran ayuda.

A MIS MAESTROS:

Gracias por compartir conmigo su gran conocimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE	PÁGINAS
RESUMEN	1
SUMARIO	2
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS	6
RESULTADOS	8
DISCUSIÓN	10
CONCLUSIONES	12
TABLAS Y GRÁFICAS	13
BIBLIOGRAFIA	24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D

INCIDENCIA DE DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGIA MAYOR

Dra. Araceli Brígido Granados. *Residente de tercer año.
Dr. Joaquín A. Guzmán Sánchez. **Anestesiólogo, Asesor.
Dr. Alfonso Quiróz Richards. ***Jefe de Servicio y Profesor Titular.

RESUMEN

Objetivos: Determinar la incidencia de dolor postoperatorio 24 hrs. posterior al procedimiento quirúrgico e identificar los factores que puedan influir e la intensidad del mismo.

Material y Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y longitudinal evaluando 100 pacientes 51 hombres y 41 mujeres con estado físico ASA 1 a 3 sometidos a cirugía abdominal mayor intervenidos por los servicios de gastrocirugía, urología, coloproctología y angiología que ingresaran a Unidad de cuidados postanestésicos. Se realizó la evaluación del dolor postoperatorio inmediato en UCPA a través de la Escala Visual Análoga (EVA) y Escala Verbal (EVV) y posteriormente 3 evaluaciones puntuales en piso registrando los datos en un formato estandarizado.

Resultados. Se estudiaron 100 pacientes sometidos a cirugía mayor 51% pertenecen al sexo masculino y 49% al sexo femenino, la edad promedio fue de 20 a 77 años el número mayor de procedimientos fue realizado por servicio de gastrocirugía en un 80%. El estado de ansiedad observado previo a procedimiento quirúrgico fue moderado representando el 64% de los pacientes.

La incidencia de dolor postoperatorio representada en este estudio asciende a un 23% menor del que se reporta en la literatura, observando adicionalmente que el género, tiempo quirúrgico y el tipo de incisión no demostraron asociación con la presencia del dolor postoperatorio.

Conclusiones. Podemos resumir que existen factores que intervienen en la presentación del dolor postoperatorio, sin embargo el género, sexo, edad, tiempo quirúrgico no presentan en la población estudiada relación alguna con el dolor postoperatorio. Por tanto una vez conocidos los factores que pueden condicionar un mayor nivel de dolor deben ser tomados en cuenta para diseñar estrategias y pautas a seguir con el fin de asegurar un completo control del dolor postoperatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INCIDENCE OF THE POST-OPERATING PAIN IN GREATER SURGERY

Dra. Araceli Brigido Granados. * Resident of third year.

Dr Joaquin To Guzmán Sanchez. ** Anesthesist, Adviser.

Dr Alfonso Quiróz Richards. *** Head on Service and Professor.

SUMMARY

Objectives: To determine the incidence of post-operating pain 24 hrs. subsequent to the surgical procedure and to identify the factors that can influence in the intensity of the same one.

Material and Methods: A descriptive, prospective, longitudinal and watch study was made, evaluating 100 patients 51 men and 41 women with ASA1 physical state 1 to 3 submissive greater abdominal surgery taken part by the services of gastro-surgery. Urology, coloproctology and angiology that will enter to Post-anesthetic Cares Unit. The evaluation of the immediate post-operating pain was made later in UCPA through Analogue Visual Scale (AVS) and Verbal Scale (VS) and 3 precise evaluations in floor registering the data in a standardized format.

Results: 100 patients submissive greater surgery were studied 51% belong to masculine sex and 49% to feminine sex, the age average was from 20 to 77 years. Most of procedures was made by service of gastro-surgery in a 80%. The state of anxiety observed previous surgical procedure was moderate representing 64% of the patients. The represented incidence of post-operating pain in this study additionally promotes to a 23% minor of whom it is reported in Literature, observing that gender, surgical time and the type of incision did not demonstrate association with the presence of the post-operating pain.

Conclusions. We can summarize that exist factors which take part in the presentation of the post-operating pain, nevertheless the gender, sex, age, surgical time do not present in the studied population any relation with the post-operating pain. Therefore once known the factors that can condition a greater level of pain they must be taken into account to design strategies and guidelines to follow with the purpose of assuring a complete control of the post-operating pain.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial o descrita en términos de esta lesión ¹.

La primera opinión del dolor se realizó en la antigüedad por Platón y Aristóteles describiéndola como una emoción y no como sensación. A pesar de la actitud no científica, la práctica de la anestesia ha evolucionado a un estado de sofisticación teniendo como principal objetivo el alivio del dolor postoperatorio y proporcionar confort adicional al paciente sometido procedimientos quirúrgicos al inhibir los impulsos nociceptivos.

En las últimas décadas el avance notable de los procedimientos anestésicos y de la técnica quirúrgica han despertado el interés de mejorar el estado de los pacientes en el período postoperatorio a fin de evitar un sufrimiento innecesario. El dolor postoperatorio se presenta como un grave problema asistencial y es una entidad que no depende de un solo factor, sino que encuentra ligado a múltiples variables relacionadas como edad, género, estado de ansiedad, tipo de intervención, técnica quirúrgica, duración de la misma, abordaje quirúrgico y tipo de anestesia. ^{2,3}

El dolor postoperatorio es una de las complicaciones más comunes posteriores a procedimiento quirúrgico, en estudios recientes se ha demostrado que del 25 al 75 % de los pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico sufren dolor postoperatorio de intensidad moderada a severa en la primeras 24 a 48

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

horas. La intensidad del dolor postoperatorio puede ser un predictor importante para el desarrollo de dolor crónico, teniendo repercusiones tanto físicas como emocionales ^{4,5}.

En diversos estudios se ha demostrado que a pesar del tratamiento con analgésicos el dolor es común y su incidencia varía de 30 a 40 % de los pacientes de moderado a severo durante las primeras horas del postoperatorio.

Para mejorar la eficacia del tratamiento del dolor postoperatorio, es determinante conocer las diferentes modalidades terapéuticas y por lo tanto es obligatorio la aplicación de las mismas. Desafortunadamente únicamente el 5% de la literatura relacionada con analgesia del dolor postoperatorio considera la terapéutica multimodal ⁶.

La aplicación de analgesia en el postoperatorio inmediato para el alivio del dolor nos permite disminuir alteraciones a nivel pulmonar, cardiovascular, tromboembólico y otras complicaciones.

La dificultad para evaluar el dolor y la calidad del manejo es una de las razones principales para explicar la insatisfacción de los paciente. La escala visual análoga (EVA) se utiliza con frecuencia para evaluar la variabilidad en la intensidad del dolor crónico considerando 0 como la ausencia de dolor y 10 como dolor insoportable. Más recientemente se ha propuesto utilizar la escala verbal (VAS) para medir el dolor el postoperatorio inmediato que incluye 5 categorías sin dolor, leve moderado, intenso e insoportable ⁷⁻¹⁰.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los objetivos del presente estudio fueron: 1.-Determinar la incidencia de dolor postoperatorio 24 horas posterior al procedimiento quirúrgico. 2.-Identificar factores que puedan influir en la intensidad del mismo. 3.- Describir el uso de analgésicos y técnicas analgésicas utilizadas en estos pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

Previa aprobación por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI y el consentimiento informado de los pacientes se efectuó un estudio, descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo.

El presente estudio incluyó 100 pacientes mayores de 18 años, hombres y mujeres con estado físico de 1-3 según la ASA, sometidos a cirugía mayor abdominal de las siguientes especialidades: gastrocirugía, angiología, urología y coloproctología. Se excluyeron los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, presentaban alteraciones en la comunicación o deterioro neurológico.

Se registraron los siguientes datos: peso, edad, género, estado físico de acuerdo a Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA), ansiedad preoperatoria con una escala visual análoga numérica se consideró 0 ausencia de ansiedad, 1-3 leve, 4-7 moderada y de 8-10 severa. Variables quirúrgicas como procedimiento quirúrgico, tipo de incisión, infiltración de anestésicos locales en la herida quirúrgica y tiempo quirúrgico. Variables anestésicas como tipo de anestesia, tiempo anestésico y uso de analgésicos.

La intensidad del dolor se midió mediante dos escalas: Escala Visual Análoga numérica (EVA) utilizando una regla de 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 el máximo percibido; la Escala Visual Verbal (VAS) con las siguientes categorías: ninguno, dolor leve, moderado o severo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las distintas mediciones de la intensidad del dolor fueron realizadas por el médico residente de anestesiología en los siguientes momentos: al ingreso a la UCPA, a las 8 horas, 16 horas y 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

Análisis estadístico. Las variables numéricas se resumieron con media y desviación estándar y las variables categóricas en frecuencias y porcentajes. Para establecer las diferencias entre las medianas de la intensidad del dolor en los tiempos estudiados se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman, la prueba del Wilcoxon se utilizó para detectar los grupos determinantes de las diferencias. Para identificar factores asociados se utilizó el modelo multivariado de regresión logística. Los valores de p iguales o mayores a 0.05 se consideraron significativos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

Se estudiaron 100 pacientes sometidos a cirugía mayor de gastrocirugía, urología, coloproctología y angiología. La mayor frecuencia correspondió al servicio de gastrocirugía. La distribución de población es la siguiente cincuenta y uno fueron hombres y 49 mujeres, (Tabla 1 y Figura 1). La edad promedio fue 49 ± 14.8 , con mínima de 20, máxima de 77 años (Tabla 2). El peso promedio de 72.1 ± 21.7 , con mínimo de 60 y máximo 210 de Kg. (Tabla 3). La distribución de acuerdo al estado físico ASA puede observarse en la (Tabla 4 y Figura 2), predominó el estado físico 3 con un 55%. El estado de ansiedad predominante fue moderado en 55% de los pacientes, como puede observarse en la (Figura 3).

La mayor frecuencia de cirugías por especialidad fue gastrocirugía 80% como se demuestra en la (Tabla 5 Figura 4). El porcentaje de infiltración de anestésico local utilizando bupivacaína al 0.25% en únicamente el 17% y que corresponden al servicio de gastrocirugía 11%, urología 4% coloproctología 2% como se observa en la (Figura 5) de la población estudiada. El tipo de incisión más frecuente fue en línea media (47%) y subcostal derecha (45%) Tabla 6 y Figura 6. El tiempo quirúrgico promedio fue de 147.5 ± 75.1 y varió desde 40 a 400 minutos (Tabla 7).

La anestesia general balanceada con sevoflurano y fentanil fue la única técnica anestésica. La aplicación de analgésicos con mayor frecuencia utilizados en el transoperatorio fue el metamizol 54% y ketorolaco 26% (Figura 7). El tiempo de aplicación del analgésico fue de la siguiente manera 33% al inicio de la cirugía, 37% en el transoperatorio y 17% al final de la cirugía y en 11% no se aplicó analgésico (Tabla 8 y Figura 8). La intensidad del dolor en la UCPA tuvo una mediana de 3 con 0 y 9 como máximo, el 43 % permaneció con EVA de 4 o mayor. A las 8 horas tuvo un comportamiento semejante, sin embargo el porcentaje de dolor disminuyó a 30% . A las 16 horas la mediana del EVA fue de 3

TESIS CON
FALLA DE ORICEN

con mínima de 2 y máxima de 9, el porcentaje con puntuación de 4 o mayor fue de 48% a las 24 horas el EVA máximo fue de 5, con porcentaje de 23% para el EVA de 4 o mayor (Figura 9 y 10) Existe diferencia significativa .008 en EVA en la UCPA y EVA A las 16 hrs..

No se demostró correlación entre género, tiempo quirúrgico, tipo de incisión y el dolor postoperatorio en UCPA y 24 horas después.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

El dolor postoperatorio es una de las complicaciones más frecuentes percibidas por el paciente en el periodo postoperatorio. Su frecuencia e intensidad es altamente variable y depende de diversos factores. Además es motivo de temor, ansiedad e insatisfacción para el paciente.

En este estudio encontramos una frecuencia de 43% en la UCPA, 30% a las 8 horas, 48% a las 16 horas y una incidencia del 23% de dolor postoperatorio con intensidad moderada a severa (EVA > 4) a las 24 horas posteriores a la cirugía. Estos resultados coinciden con otros autores que han descrito una frecuencia desde 25% hasta 75% dependiendo de la edad del paciente, tipos de cirugía, nivel de ansiedad preoperatorio, dosis y tipos de analgésicos utilizados o la combinación de los métodos analgésicos, técnica llamada multimodal.

Las causas probables que explican la alta frecuencia de dolor postoperatorio en el presente reporte son la cirugía abdominal, el uso elevado de metamizol y ketorolaco y el escaso uso de infiltración de la pared con anestésicos locales. Tampoco se utilizó analgesia preventiva, multimodal, técnicas anestésicas que incluyan el uso de anestesia regional, como las llamadas mixtas o infusiones de analgésicos en el postoperatorio inmediato. Así, algunos de los factores asociados al dolor descritos en estudios previos, no resultaron significativos en el presente, esto puede ser debido al tamaño de la muestra, a los diversos tipos de cirugía e incisión, y los analgésicos utilizados.

Las técnicas de analgesia juegan un papel importante dentro de la técnica anestésica por ello es necesario mejorar y conocer la gran variedad de técnicas y métodos analgésicos que existe para poder disminuir la incidencia del dolor postoperatorio que actualmente permanece en la tercera parte de los pacientes sometidos a cirugía abdominal. Es conveniente aceptar unánimemente la posibilidad de que la mayoría de los pacientes aquejados de este síntoma puedan

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ser tratados de forma adecuada, conociendo los factores que afectan su frecuencia y severidad, así como los métodos analgésicos disponibles actualmente. No está justificado el deficiente control del dolor postoperatorio y es necesario el análisis de las pautas de tratamiento para ayudar a disminuir su frecuencia e intensidad con los menores efectos colaterales posibles, con ello se mejorará el bienestar del paciente en el postoperatorio inmediato.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- 1.-En las primeras 24 horas del postoperatorio la incidencia de dolor es elevada.
2. Existió diferencia significativa en la intensidad del dolor a las 8 y 24 horas.
- 3.-Se considera que el dolor postoperatorio aún permanece con tratamiento insuficiente.
- 4.-La frecuencia de infiltración en pared abdominal fue baja por lo que es necesario convencer al cirujano de sus beneficios.
- 5.-Es necesaria la capacitación del personal de anestesiología y enfermería para el conocimiento de los diversos métodos analgésicos y la creación de algoritmos de manejo.
- 6.- Una vez conocido los factores que nos pueden desencadenar dolor postoperatorio deben de ser tomados en cuenta a la hora de diseñar las estrategias a seguir con el fin de asegurar un completo control del dolor postoperatorio y así disminuir la no satisfacción del paciente evitando complicaciones posteriores.

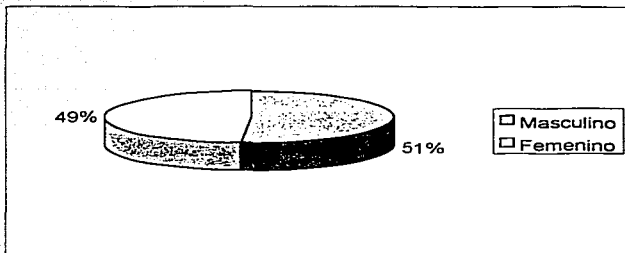
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. GENERO

Genero	Numero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	1	51	50.5
Femenino	2	49	48.5
TOTAL		100	100

FIGURA 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GENERO.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2. EDAD

Edad	Número	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Std.
EDAD	100	20	77	49.55	14.89

TABLA 3. PESO

	Número.	Mínimo	Máxima	Media	Desviación Std
PESO	100	60	210	72.16	21.073

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4. ASA

ASA	Frecuencia	Porcentaje
1	6	2.8
2	39	18.5
3	55	26.1
Total	100	47.4

FIGURA 2. PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO FISICO

ASA

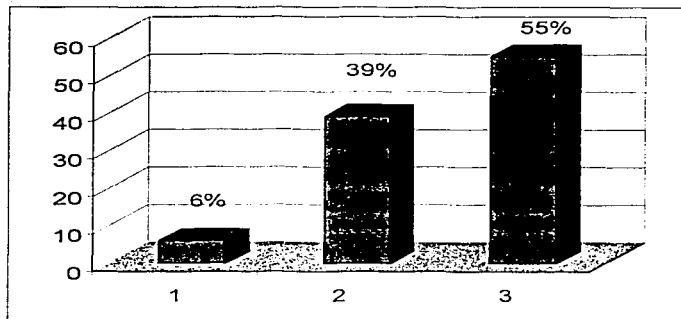
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 3. PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO DE ANSIEDAD

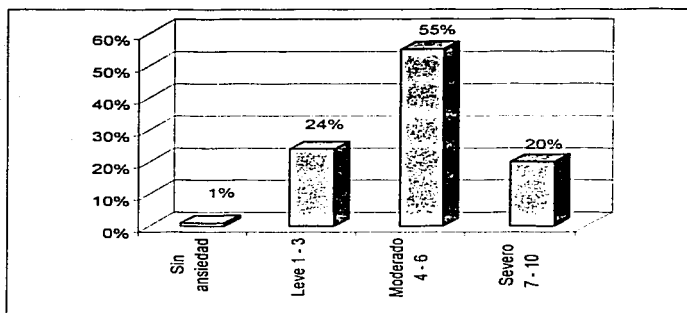
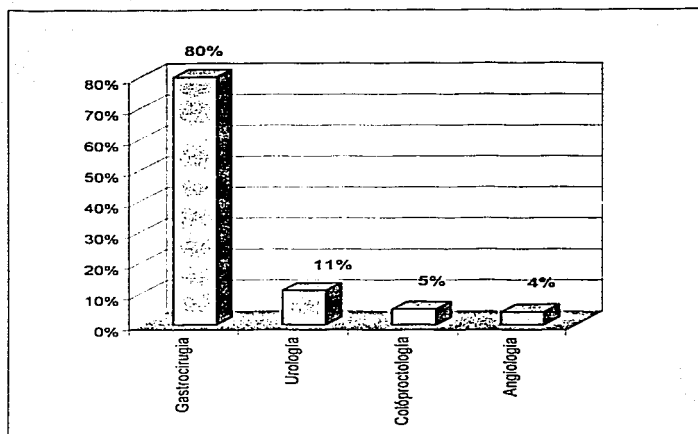


TABLA 5. SERVICIO QUIRÚRGICO.

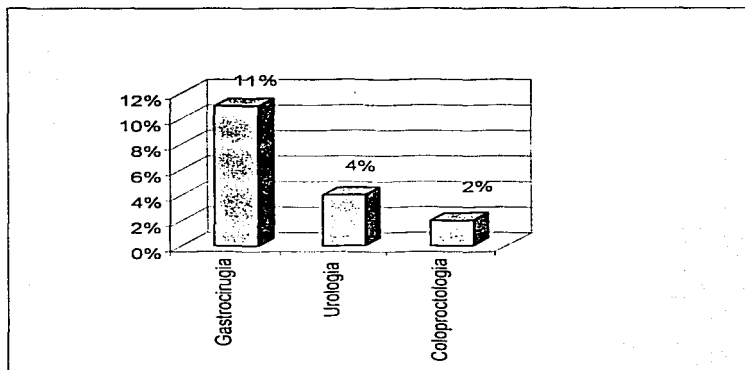
Servicio Quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Gastrocirugia	80	37.9
Urología	11	5.2
Coloproctología	5	2.4
Angiología	4	1.9
Total	100	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 4. PORCENTAJE DE CIRUGÍAS POR ESPECIALIDAD.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FIGURA 5. PORCENTAJE DE INFILTRACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
POR ESPECIALIDAD**

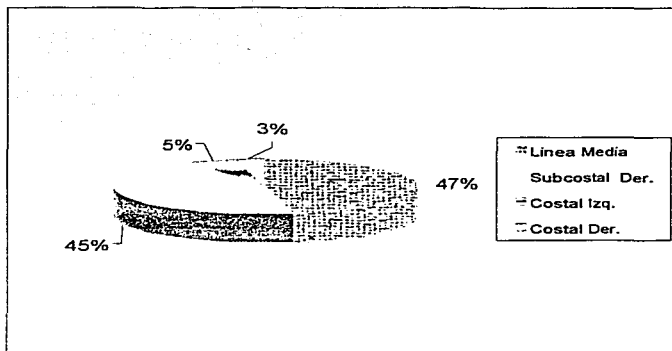


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 6. TIPO INCISION.

Tipo de Incisión	Frecuencia	Porcentaje
Línea Media	47	22,3
Subcostal der.	45	21.3
Costal Izq.	5	2.4
Costal Der.	3	1.4
Total	100	47.4

FIGURA 6. PORCENTAJE DE INCISION REALIZADA



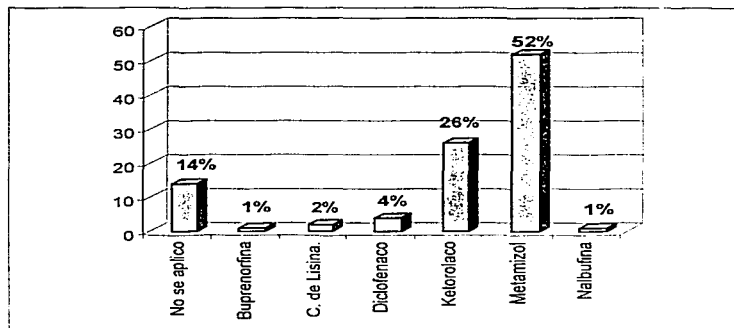
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 7. TIEMPO QUIRURUGICO.

	No Pacientes	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Std.
Tiempo (min)	100	40	400	147.50	75.012

FIGURA 7. PORCENTAJE DE ANALGÉSICO MAS UTILIZADO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. TIEMPO APLICACIÓN ANALGÉSICA.

Tiempo Aplicación	Frecuencia	Porcentaje
No se aplico	11	5.2
Inicio cirugía	33	15.6
Transoperatorio	37	17.5
Final cirugía	19	9.0
Total	100	47.4

FIGURA 8. TIEMPO DE APLICACIÓN DE ANALGÉSICO DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

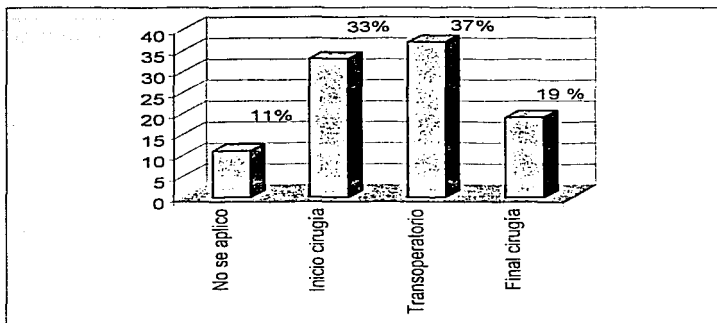
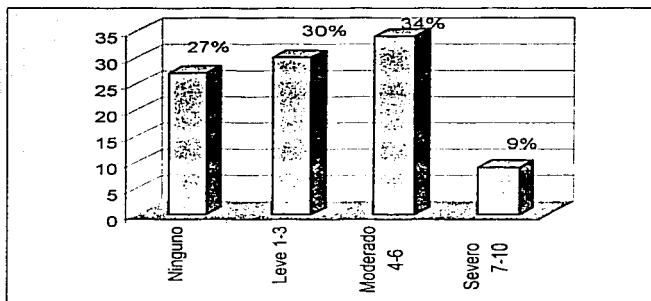


FIGURA 9. PORCENTAJE DE DOLOR POSOPERATORIO EN UCPA.

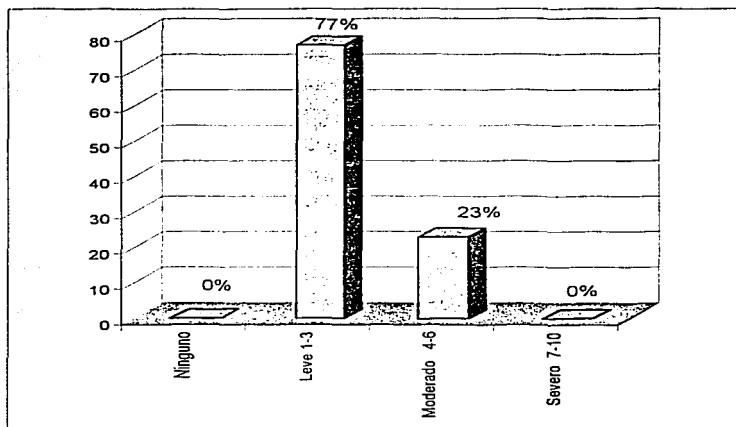


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 11. EVA 24 HORAS.

Eva 24 hrs.	Frecuencia	Porcentaje
2	34	16.1
3	43	20.4
4	19	9.0
5	4	1.9
Total	100	47.4

**FIGURA 10. PORCENTAJE DE DOLOR POSOPERATORIO A LAS
24 HRS.**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. -Ronald D. Miller, M. D. Anestesia. 1998; 2263-2280.
2. -R. W. D. The Control of Acute Postoperative Pain. Br. J Anaesth. 1989, 63, 147-158.
- 3.-E. Soler Company. M.T. Faus Soler., M.C. Montaner Abasolo., F. Morales Oliva y V. Martinez Pons Navarro. Identificación de los Factores que influyen en el dolor posoperatorio. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2001;48;163-170.
4. -S. Zavala, M. Cañellas, F. Bosch, A. Bassols, M.V. Moral y J.E Baños. Estudio Comparativo del tratamiento del dolor postoperatorio en función del servicio quirúrgico. Rev. Esp. Anesthesiol Reanim 1996; 43: 167-173.
- 5.- N. Rawal. Analgesia for day case surgery. Br. J Anaesth 2001; 87 1: 73- 87.
- 6.- Ramirez Guerrero Alfonso. Tratamiento del Dolor Posoperatorio en el Adulto. Rev Mex Anest 1995; 18: 75 - 83.
- 7.-J. B. Dahl and H. Kehlet. The Value of Preemptive analgesia in the Treatment of Postoperative pain. Br. J Anaesth 1993;70: 434 - 439.
- 8.-H. Kehlet and K. Holte. Effect of posoperative analgesia on surgical outcome. Br. J Anaesth 2001;87:62 - 72.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9.- Hernández Llenas Guillermo, Barrientos Baez Gilberto, Flores Lopez Daniel. Comparación de la Analgesia Proporcionada por Diclofenaco y dipirona en pacientes posoperados de cirugía de abdomen. Rev Mex Anest 1997;9: 137 – 142.

10.-D. Keith Rose, MD, FRCPC, Marsha M. Cohen, MD, FRCPC, and Doreen A. Yee. MD. Changing the Practice of Pain Management. Anaesth and Analg 1997; 84: 764 – 72.

11.- Phillip O. Bridenbaugh, MD. Preemptive Analgesia is it Clinically Relevant ?. Anaest and Analg 1994;78:203 – 204.

12.- B. Sjostrom, H Haljamae, I. O. Dahlgren and B. Lindstrom. Assessment of posoperative pain impact of clinical experience and professional role. Acta Anesthesiologica Scandinavica 1997; 41: 339 – 344.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN