



11202⁹²
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

EVALUACION DE LA SEDACION CON LA ESCALA DE
WILSON MODIFICADA, EN PACIENTES PROGRAMADAS
PARA OCLUSION TUBARIA BILATERAL SIMPLIFICADA.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA DE ANESTESIOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. ARMANDO OLIVO DELGADO

ASESOR: DRA. MARTHA E. CRUZ RODRIGUEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA "RAZA"**

TESIS DE POSGRADO

**JEFE DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA :**



**PROFESOR TITULAR
DEL CURSO :**

**DR. JUAN JOSE
DOSTA HERRERA**

**MEDICO RESIDENTE DE 3ER AÑO
DE LA ESPECIALIDAD DE**

ANESTESIOLOGIA

La Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impre-
contenido de mi trabajo de tesis.

NOMBRE: Armando Olivo Delgado

FECHA: 04/02/03

FIRMA: [Signature]

**DR. ARMANDO
OLIVO DELGADO**

No DEFINITIVO DE PROTOCOLO: 2003 / 690 / 0014

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

B

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA "RAZA"**

**DRA MARTHA E. CRUZ RODRIGUEZ
MEDICO ADSCRITO DEL H.E.C.M.N. "LA RAZA"
ASESOR DE TESIS DE POSGRADO**

**DR. DANIEL FLORES LÓPEZ
JEFE DE SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
H.E.C.M.N. "LA RAZA"**

**DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGIA**

**DR. ARMANDO OLIVO DELGADO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGIA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

C

RESUMEN

EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN CON LA ESCALA DE WILSON MODIFICADA, EN PACIENTES PROGRAMADAS PARA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL SIMPLIFICADA.

Objetivo: Evaluar el grado de sedación usando la escala modificada de Wilson en pacientes programadas para OTB. MATERIAL Y METODOS: Se realizo un estudio, descriptivo observacional, retrospectivo y transversal, en el cual se incluyeron 36 pacientes del sexo femenino con edad entre 18 y 39 años de edad, con estado fisico 1 a 2. que aceptaron la cirugia bajo anestesia local más sedación. Se monitorizó los niveles de sedación con la escala de Wilson 0, 5, 10, 15, 20, 25, 30 min.. A su ingreso se les medicó con diacepam 0.1 mg/kg IV y nalbufina 0.2mg/kg IV, y posterior a la infiltración de anestésico local. se valoró sedación profunda con el uso de propofol 1.5 mg/kg. RESULTADOS : Se observó que en 16 pacientes se logro sedación ligera y a 20 pacientes se clasificó como sedación profunda. Se realizo prueba de Friedman donde se encontró una p: .000. Con la prueba de U de Mann - Whitney se encontraron diferencias estadisticamente significativas entre la escala a los 15 minutos con una p: .000, así como en la FC a los 5 minutos con una p: .046, y en la TAD a los 15 minutos con una p: .016. CONCLUSIONES: Se observo que la escala de Wilson modificada para sedación, permite clasificar el grado de sedación de un estado ligero de sedación hasta un estado profundo, permitiendo cuantificar y graduar la dosificación de los medicamentos utilizados.

Palabras clave: sedación ligera, sedación profunda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUMMARY

ASSESSING SEDATION WITH THE MODIFIED WILSON SCALE, USED IN PATIENTS SCHEDULED TO BILATERAL TUBARIC OCLUTION.

Objective: to assess the level of sedation with the modified Wilson scale used in patients scheduled to bilateral simplified tubaric occlusion (BSTO). **Material and methods:** 36 female patients scheduled to BSTO were enrolled, with an age of 18 – 39 years old, with a physical state I and II of ASA classification. Who accept the surgery under local anesthesia plus sedation. The level of sedation was monitorized at 5, 10, 15, 20, 25, 30 minutes. The patients were medicated when the study were started, with diazepam 0.1 mg/ kg IV and nalbufin 0.2 mg / kg IV and after the infiltration of local anesthetic, deep sedation were assessed with propofol 1.5 mg / kg IV. **Results:** 16 patients were assessed as light sedation 20 patients were assessed as deep sedation. The test of Friedman was made with a statistical significant difference with a p: 0.000. With the U test of Mann – Whitney, statistical significant difference were founded between the scale at 15 min with a P: 0.000, as well as the heart rate at 5 minutes with a p: 0.046 and the DBP at 15 minutes with a p: 0.016. **CONCLUTIONS:** With the modified Wilson scale aloud assess the level of sedation between a light and a deeper level of sedation, and so the titration of sedatives.

Key words: light sedation, deep sedation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Antecedentes científicos:

La oclusión tubaria bilateral (OTB), es un método de planificación familiar definitivo que se otorga en forma voluntaria a toda mujer en edad fértil con paridad satisfecha como un programa de prioridad nacional en todos los institutos de prestación de salud. (1)

Los procedimientos de OTB, se realizan de acuerdo al Programa Nacional de Salud, programando jornadas de cirugía dentro de las instalaciones hospitalarias o en cirugía extramuros, en las unidades de salud de cada comunidad. Los procedimientos quirúrgicos se realizan bajo anestesia local y sedación, con información y aceptación del procedimiento en pacientes previamente valoradas. (1,2)

Es necesario y de gran utilidad que en todo paciente sometido a procedimientos bajo anestesia local como la OTB u otros procedimientos ambulatorios, determinar el grado de sedación ya que dependerá de esto la seguridad, la aceptación o rechazo del paciente, así como su difusión en la comunidad femenina. Además de poder facilitar el procedimiento quirúrgico al profundizar la sedación dependiendo de la cooperación del paciente y de las necesidades del cirujano.

Los objetivos de la sedación en pacientes que son sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico son los de disminuir la ansiedad y la agitación que se presentan por miedo, dolor, por ignorancia o ideas inherentes a cada comunidad. La administración de analgésicos sería la terapia de inicio si la causa de la agitación es el dolor. Aunque los opioides pueden producir sedación, no disminuyen la conciencia, ni producen amnesia en eventos estresantes. (3, 4, 5)

La sedación se presenta al inducir un estado de relajación y tranquilidad, en el que se está libre de ansiedad. La sedación es un termino vago que cubre una variedad de estados de pérdida de la conciencia y de falta de respuesta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La sedación ligera o sedación consciente indica que el paciente puede responder a estímulos verbales y obedecer órdenes apropiadamente.

La sedación profunda implica una falta de respuesta a los estímulos verbales, pero respuesta al tacto, dolor o a otros estímulos nocivos. Puede ser deseable simplemente inducir un estado de tranquilidad y relajación o puede ser necesario conseguir una sedación profunda. La profundidad y duración deseada de sedación a menudo dirigen la elección del fármaco. (5, 6)

La sedación farmacológica puede lograrse seleccionando un pequeño número de fármacos de unas pocas clases.

1. Las benzodiazepinas (diazepam, midazolam) están indicadas para tratar la ansiedad.
2. El haloperidol, una butirofenona se emplea generalmente para tratar el delirio.
3. La sedación profunda y la anestesia generalmente se llevan a cabo con una combinación de un hipnótico (tiopental, propofol y ketamina), una benzodiazepina y un opioide (fentanil, morfina, etc.)

La valoración frecuente del grado de sedación puede facilitar el uso y dosificación de sedantes para determinados fines. Una escala de medición de sedación ideal deberá proveer de datos que sean fácilmente analizados y registrados, describir adecuadamente el grado de sedación con categorías bien definidas, que permitan dosificar adecuadamente el uso de sedantes, además de tener valides y confiabilidad bien documentada. (7, 8, 9, 11, 18, 24)

Una revisión en la literatura de escalas de sedación basadas en el observador para pacientes adultos demostró una amplia variedad de escalas en uso actual. Muchas de las escalas identificadas con valides documentada están diseñadas para su uso en unidades de cuidados intensivos, predominantemente en pacientes con ventilación mecánica. Es importante distinguir entre escalas diseñadas específicamente para su uso en la UCI de aquellas usadas para valorar sedación durante procedimientos quirúrgicos o en respuesta a la administración

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de medicamentos, por que su principal intención es valorar tranquilidad en ves de nivel de conciencia. Además, algunas escalas de la UCI, como la Escala de Coma de Glasgow, son distorsionadas por el uso de sedantes y por lo que su uso seria limitado en procedimientos quirúrgicos. (3, 9, 12,)

La escala basada en el observador más citada para la valoración de la sedación, es la escala de Ramsay y la valoración de sedación/ alerta por el observador (OAA/S). La escala de Ramsay de seis categorías, desarrollada a principios de los años setenta, proporciona una simple y rápida valoración de la sedación; sin embargo a pesar de su amplio uso, su confiabilidad y valides no han sido reportados. Una comparación por medio de PAE identifico que la escala de Ramsay tenia la mejor correlación con la PAE, sin embargo en 1994, Hanssen Flaschen identifico numerosas anomalidades en la escala de Ramsay, incluyendo definiciones poco claras de los niveles de sedación, falta de exclusión entre niveles de sedación y se enfoca en valorar conciencia en ves de sedación. Las propiedades psicometricas de la escala de Ramsay no han sido formalmente valoradas.(3, 5, 13, 24)

La escala de OAA/S es una de las pocas escalas de sedación en la que su confiabilidad ha sido documentada. Sin embargo, para proporcionar mediciones continuas de sedación, La OAA/S requiere estimulaciones frecuentes; consecuentemente, su utilidad es limitada en situaciones quirúrgicas, por que podría molestar al paciente y el cirujano. Aunque la OAA/S es confiable como medio para valorar niveles de alerta, no es ideal para realizar valoraciones frecuentes y rápidas de nivel de sedación. (3, 5, 14)

Recientemente protocolizo la valoración de sedación en pacientes bajo anestesia regional con la escala original y modificada de Wilson en Marzo del 2002 en la que se valoraron 150 pacientes en total observando que al definir claramente cada uno de los grados su confiabilidad y valides aumenta. Además de ser fácil y sencilla de aplicar en pacientes sometidos a cirugía bajo anestesia regional. (18, 24)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Prevía autorización del comité local de investigación del Hospital de especialidades C.M.N. "La Raza" y obteniendo el consentimiento informado y por escrito de los pacientes, se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, en el cual se incluyeron y revisaron 48 expedientes de pacientes del sexo femenino con edad entre 18 y 49 años de edad, con estado físico 1 a 2, que aceptaron la cirugía bajo anestesia local más sedación. Se excluyeron pacientes con obesidad mórbida, en aquellas que se cambió técnica anestésica y/o quirúrgica, cumpliendo con los criterios de inclusión y de no inclusión del estudio. El estudio se realizó en el Hospital Rural # 37 de la ciudad de Matias Romero, Oaxaca, así como en las Unidades de salud de las comunidades dentro de su zona de influencia, durante las jornadas programadas de OTB de acuerdo a los programas de salud del IMSS-Solidaridad. El objetivo principal fue el evaluar el grado de sedación usando la escala modificada de Wilson en pacientes programadas para OTB simplificada así como los cambios hemodinámicos en las diferentes clases de sedación. A su ingreso se registraron los datos de peso y talla a cada paciente. Se monitorizaron las variables hemodinámicas (TA, FC, SpO2) y registrando a los 0, 5, 10, 15, 20, 25, 30 min.. A su ingreso se les medicó con diazepam 0.1 mg/kg IV y nalbufina 0.2mg/kg mg IV, y posterior a la infiltración de anestésico local, se valoró sedación profunda con el uso de propofol 1.5 mg/kg a cada paciente que lo requirió. A cada paciente posterior a la administración de los medicamentos mencionados se les apoyo con O2 al 100% a 3 Lt x minuto, con ventilación espontánea en pacientes con sedación ligera y a las pacientes con sedación profunda se les apoyo con ventilación asisto - controlada .

Se Valoro en cada etapa el grado de sedación, usando la escala modificada de Wilson. Se considero sedación ligera dentro de las clases 1-2 y sedación profunda en las clases 3 y 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escala de Wilson modificada para sedación

Clase	Descripción
1	Orientado; los ojos pueden estar cerrados, pero puede responder a ¿Me puedes decir tu nombre?, ¿ Me puedes decir donde estas ahora?
2	Mareado; los ojos pueden estar cerrados, abiertos solo a ordenes como “ (nombre), por favor abre tus ojos “
3	Despierto a estimulación física leve (tirón de ló bulo de oreja)
4	Sin respuesta a estimulación física leve

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizo con el programa SPSS versión 10, con la prueba de Chi cuadrada, medidas de tendencia central y de dispersión, prueba de Friedman, U de Mann - Whitney, y prueba de Wilcoxon.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se ingresaron 36 pacientes, las cuales se dividieron en dos grupos, el de sedación ligera (n : 16) y sedación profunda (n: 20) con edad entre 18 y 39 años con una media para el grupo 1 (sedación ligera, SL) de 29.6 y para el grupo 2 (sedación profunda, SP) de 29.4, con una desviación estándar de 5.77 y 5.17 respectivamente.

El peso para el grupo 1 presento una variación entre 36 a 72 kg con una media de 50.93 con una desviación estándar de 9.97 y para el grupo 2 presento una variación entre 43 a 72 kg con una media de 56.65, con una desviación estándar de 7.97, sin observar diferencias significativas.

A las pacientes se les midió talla, encontrando cifras entre 1.36 a 1.72 m. Para talla no se observaron diferencias significativas, entre los pacientes estudiados.

Posterior a la revisión de los datos obtenidos de los procedimientos, se observo que en 16 pacientes (44.4% del total) se logro sedación ligera (clase 1 y 2) y 15 pacientes (41.7 % del total) se clasifico como sedación profunda, y 5 pacientes de este grupo (13.9% del total) se observo que se valoraron como clase 1 y 2 (sedación ligera).

Se realizo prueba de Friedman donde se encontró una p: .000

En cuanto a las variables hemodinámicas se realizo prueba de Wilcoxon se encontró diferencia significativa entre los grupos de TAD 1SSL / TAD30SL con una p: .046., así como entre los grupos de SP02 BSL / SP02 SSL con una p: .001, SP02 BSL / SP02 1SSL con una p: .001, SP02 BSL / SP02 30SL con una p: .001

En los grupos de sedación profunda se observaron diferencias significativas entre los grupos de TAS BSP / TAS SSP con una p: .007, TAS BSP / TAS 1SSP con una p: .007,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TAS 5SP / TAS 30SP con una p: .005, TAS 15SP / TAS 30SP con una p: .005 y entre los grupos TAD BSP / TAD 15SP con una p: .000 , TAD BSP / TAD 30SP con una p: .001 , TAD 5SP / TAD 15SP con una p: .003 y TAD 5SP / TAD 30SP con una p: .046 , En los grupos de SP02 BSP / SP02 5SP con una p: .000 , SP02 BSP / SP02 15SP con una p: .001, y en SP02 BSP / SP02 30SP con una p: .000 , sin presentar diferencias significativas en cuanto a la FC.

Con la prueba de U de Mann - Whitney se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la escala a los 15 minutos con una p: .000, así como en la FC a los 5 minutos con una p: .046, y en la TAD a los 15 minutos con una p: .016

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue el determinar el grado de sedación utilizando la escala modificada de Wilson para sedación en pacientes programadas para oclusión bilateral simplificada bajo anestesia local más sedación, además de evaluar los cambios hemodinámicos durante la sedación.

Se observo que del total de los procedimientos (n: 36), a las pacientes que se les administro nalbufina más diazepam el grado de sedación que se valoro según la escala de Wilson modificada fue de clase 1 y 2 (44.4%), (sedación ligera) , mientras que a las que se les medico con nalbufina ,diazepam y propofol alcanzaron las clases 2 (13.9 %), 3 y 4 (41.7%), (sedación profunda) de la escala mencionada. Presentando una diferencia estadísticamente significativa en los cambios hemodinámicos de TAD 15SL / TAD 30SL y en la FC 5SL / FC 30SL, así como en la SP02 BSL / (SP02 5SL, SP02 15SL Y SP02 30SL), lo cual se puede atribuir a que los cambios que se presentan durante este periodo se relacionan con la emersión y a la recuperación de una sedación ligera en pacientes cooperadores.

A las pacientes que se les administro sedación profunda, se observaron diferencias significativas en los cambios hemodinámicos de TAS BSP / (TAS 5SP - TAS 15SP), TAS 5SP / TAS 30SP, TAS 15SP / TAS 30SP, TAD BSP / (TAD 15SP - TAD 30SP), TAD 5SP / (TAD 15SP - TAD 30SP), Sp02 BSP / SP02 5SP - SP02 15SP - SP02 30SP), sin diferencias significativas en los cambios de frecuencia cardíaca. Estos cambios son explicados por la inducción de sedación profunda al administrar propofol, ya que se afecta a nivel cardiovascular, lo que podría influir en mayor depresión de la presión arterial. Estos efectos son más pronunciados ya que la emersión es más lenta, en este tipo de pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los cambios que se presentaron en la SP02 en ambos grupos, se justifican debido a que desde el inicio de la medicación se apoyo con O2 al 100% a 3 lt x min con mascarilla, permitiendo una mayor disposición de O2 al paciente y mejorando la oxigenación independientemente de la spO2 a su ingreso.

TESIS CON
FALLA DE OXIGEN

CONCLUSIONES

Se observo que la escala de Wilson modificada para sedación, permite clasificar el grado de sedación de un estado ligero de sedación hasta un estado profundo, permitiendo cuantificar y graduar la dosificación de los medicamentos utilizados . La oxigenación desde el inicio permitió la mejoría en la saturación de todos los pacientes, sin importar el grado de sedación. Los cambios hemodinamicos variaron en cada grupo ya que los cambios son mayores al profundizar la sedación ocasionando una mayor depresión cardiovascular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Oclusión tubaria bilateral con anestesia local más sedación. Alarcón NF. 1994. Paquete Didáctico IMSS, México, 122 pp.
2. Cueto GJ, Hurtado RC. El uso de anestesia local combinada con sedación y analgesia intravenosa. Rev. Méx. Anest. 1994; 17 : 225 - 227.
3. Society of Critical Care Medicine and American Society of Health-System Pharmacists: Clinical Practice Guidelines for the Sustained Use of Sedatives and Analgesics in the Critically Ill Adult. *Am J Health-Syst Pharm.* 2002; 59:150-78.
4. Gutierrez MM. Efecto ansiolítico y amnésico del midazolam comparado con diazepam en la medicación preanestésica. Rev. Méx. Anest. 1994; 17 : 126 - 130.
5. Hurford WE Bigatello LM Haspel KL Hess D Warren RL. Cuidados Intensivos. 3era Edición Editorial Marban España 2001, pp 99-111
6. Barash PG Cullen BF Stoelting RK Anestesia Clínica . 3era Edición. McGraw-Hill Interamericana 1999; 161
7. Riker RR, Picard JT, Fraser GL. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. *Crit Care Med* 1999; 27 : 1325-9
8. Devlin JW, Boleski G, Mlynarek M, et al Motor Activity Assessment Scale: a valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Crit Care Med* 1999; 27 : 1271-5
9. Hogg LH, Bobek MB, Mion LC, et al Interrater reliability of 2 sedation scales in a medical intensive care unit: a preliminary report. *Am J Crit Care* 2001; 10: 79-83.
10. Harris CE, O'Donnell C, Macmillan RR, et al Use of propofol by infusion for sedation of patients undergoing haemofiltration: assessment of the effect of haemofiltration on the level of sedation and on blood propofol concentration. *J Drug Dev* 1991; 4 : 37-9
11. De Lemos J, Tweeddale M, Chittock D. Measuring quality of sedation in adult mechanically ventilated critically ill patients: the Vancouver Interaction and Calmness Scale. *J Clin Epidemiol* 2000; 53 : 908-19.
12. Detriché O, Berré J, Massaut J, Vincent J-L. The Brussels sedation scale: use of a simple clinical sedation scale can avoid excessive sedation in patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit. *Br J Anaesth* 1999; 83: 698-701.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. Ramsay MAE, Savege TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *BMJ* 1974; 2: 656-9.
14. Chernik DA, Gillings D, Laine H, et al. Validity and reliability of the Observer's Assessment of Alertness/Sedation Scale: study with intravenous midazolam. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10: 244-51.
15. Schulte-Tamburen AM, Scheier J, Briegel J, et al. Comparison of five sedation scoring systems by means of auditory evoked potentials. *Intensive Care Med* 1999; 25: 377-82.
16. Hansen-Flaschen J, Cowen J, Polomano RC. Beyond the Ramsay scale: need for a validated measure of sedating drug efficacy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1994; 22: 732-3.
17. Liu J, Singh H, White PF. Electroencephalographic bispectral index correlates with intraoperative recall and depth of propofol-induced sedation. *Anesth Analg* 1997; 84: 185-9.
18. Wilson E, David A, Mackenzie N, Grant IS. Sedation during spinal anesthesia: comparison of propofol and midazolam. *Br J Anaesth* 1990; 64: 48-52.
19. Hammas B, Hvarfner A, Thorn S-E, Wattwil M. Propofol sedation and gastric emptying in volunteers. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998; 42: 102-5.
20. Hvarfner A, Hammas B, Thorn S-E, Wattwil M. The influence of propofol on vomiting induced by apomorphine. *Anesth Analg* 1995; 80: 967-9.
21. Gan TJ, Ginsberg B, Grant AP, Glass PSA. Double-blind, randomized comparison of ondansetron and intraoperative propofol to prevent postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology* 1996; 85: 1036-42.
22. Hall JE, Uhrich TD, Barney JA, et al. Sedative, amnestic, and analgesic properties of small-dose dexmedetomidine infusions. *Anesth Analg* 2000; 90: 699-705.
23. Weingartner HJ, Joyce EM, Sirocco KY, et al. Specific memory and sedative effects of the benzodiazepine triazolam. *J Psychopharmacol* 1993; 7: 305-15.
24. Némethy M, Paroli L, Williams P, Blanck P. Assessing sedation with regional anesthesia: Inter-rater agreement on a modified Wilson sedation scale. *Anesth Analg* 2002; 94: 7.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**Evaluación de sedación con la Escala Modificada de Wilson
en pacientes programadas para OTB**

Sexo: _____ **Edad:** _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____

Diagnostico: _____ **Operación realizada:** _____

Técnica empleada

AL: _____ **Diazepam:** _____ **Nalbufina:** _____ **Propofol** _____

Clase	Descripción
1	Orientado, los ojos pueden estar cerrados, pero puede responder a ¿Me puedes decir tu nombre?, ¿Me puedes decir donde estas ahora?
2	Mareado, los ojos pueden estar cerrados, abiertos solo a ordenes como " (nombre), por favor abre tus ojos "
3	Despierto a estimulación física leve (tirón de lobulo de oreja)
4	Sin respuesta a estimulación física leve

	TA	FC	SpO2	EW
Basal				
5 min				
10 min				
15 min				
20 min				
25min				
30 min				

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Prueba de Wilcoxon para TAS SL

	TAS 5 SL	TAS 15 SL	TAS 30 SL
TAS BSL	0.689	0.689	0.377
TAS 5 SL		1.000	0.739
TAS 15 SL			0.739

Prueba de Wilcoxon para TAD SL

	TAD5 SL	TAD 15SL	TAD 30SL
TADBSL	0.317	0.773	0.160
TAD 5SL		0.480	0.317
TAD 15SL			0.046

Prueba de Wilcoxon para FC SL

	FC 5 SL	FC 15 SL	FC 30 SL
FC BSL	0.856	0.648	0.139
FC 5 SL		0.622	0.064
FC 15 SL			0.364

Prueba de Wilcoxon para Sp02 SL

	SP02 5 SL	SP02 15 SL	SP02 30 SL
SP02 BSL	0.001	0.001	0.001
SP02 5SL		0.180	0.180
SP02 15 SL			1.000

Prueba de Wilcoxon para TAS SP

	TAS 5SP	TAS 15SP	TAS 30SP
TAS BSP	0.007	0.007	0.185
TAS 5SP		1.000	0.005
TAS 15SP			0.005

TAS CON
FALLA DE ORIGEN

Prueba de Wilcoxon para TAD SP

	TAD 5SP	TAD 15SP	TAD 30SP
TAD BSP	0.064	0.000	0.001
TAD 5SP		0.003	0.046
TAD 15SP			

Prueba de Wilcoxon para FC SP

	FC 5SP	FC 15SP	FC 30SP
FC BSP	0.919	0.762	0.970
FC 5SP		0.601	0.866
FC 15SP			0.484

Prueba de Wilcoxon para Sp02 SP

	SP02 5SP	SP02 15SP	SP02 30SP
SP02 BSP	0.000	0.001	0.000
SP02 5SP		0.366	0.317
SP02 15SP			0.564

Prueba de Mann - Whitney

	5 min	15 min	30 min
Escala		0.000	
TAS	0.25		
TAD		.016	
FC	.046		
Sp02			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN