

11202

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

47

ANAGESIA PERIDURAL CON NALBUFINA SP/
BUPIVACAINA, PARA CONTROL DEL DOLOR
POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

P R E S E N T A :
GARCÍA DOMÍNGUEZ / ALMA MAGDALENA

ASESORES DE TESIS:
DR. EDUARDO ROJAS PEREZ
DRA. LUCY PRIETO SANDOVAL

2003



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.

**ANALGESIA PERIDURAL
CON NALBUFINA SP /
BUPIVACAINA, PARA
CONTROL DEL DOLOR
POSTOPERATORIO EN
CIRUGÍA GINECOLÓGICA**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3

[Handwritten signature]



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA
DR. JORGE ALBERTO DEL C
JEFE DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]

DRA. JUANA PENUELAS ACUÑA
JEFE DE SERVICIO

[Handwritten signature]

DRA. CLARA E. HERNÁNDEZ BERNAL
DIRECTOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR

[Handwritten signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la salud y la esperanza, además de la oportunidad que me da, de devolver, a través de mi labor, poca de los muchos favores que he recibido.

A mis padres, por apoyarme en todos los momentos de mi vida, ya que sin la comprensión, cariño y enseñanzas, han formado la persona que soy, y sin ellos no hubiese podido llegar hasta aquí.

A mis hermanos, por estar en los momentos difíciles, que con un consejo, un abrazo o un beso, siempre me animan a seguir adelante.

A mi familia, por nunca negarme el respaldo que he necesitado, por mostrarme lo importante y fundamental que es contar con alguien como ellos.

A mis profesores y maestros por haberme guiado y conducido en mi formación, y que día con día, depositaron en mí las bases y el conocimiento, para un desarrollo exitoso.

A la universidad, por el compromiso y orgullo que representa, el pertenecer a una prestigiada institución, constituyendo el Alma-Mater en mi carrera profesional.

A Dios por su amor, cariño y comprensión, en todo momento incondicional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**SERVICIO ANESTESIOLOGÍA, TERAPIA
RESPIRATORIA, FISIOLOGÍA PULMONAR,
CLÍNICA DEL DOLOR**

**ANALGESIA PERIDURAL
BUPIVACAÍNA / NALBUFINA SP
PARA CONTROL DEL DOLOR
POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA
GINECOLÓGICA.**

**INVESTIGADOR:
DRA. GARCÍA DOMÍNGUEZ ALMA MAGDALENA**

ASESOR:

DRA. CLARA HERNÁNDEZ BERNAL

JEFE DE SERVICIO

DRA. JUANA PEÑUELAS ACUÑA

ANESTESIOLOGÍA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Handwritten mark

I N D I C E

1. - Antecedentes.....	7
2. -Hipótesis.....	15
3. -Objetivos Generales.....	15
3.1 Objetivos Específicos.....	15
4. Diseño.....	15
5.-Tamaño de la Muestra.....	16
5.1 Grupos de Estudio.....	16
6.-Criterios de Inclusión.....	16
6.1 Criterios de Exclusión.....	17
6.2 Criterios de Eliminación.....	17
7.-Justificación.....	17
8.-Material y Métodos.....	18
9.-Variables Cualitativas.....	18
9.1 Variables Cuantitativas.....	18
10.-Análisis de Datos.....	19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

F

10.1 Análisis Estadístico.....	20
10.2.-Análisis de resultados.....	20
11.-Discusión.....	25
12.-Conclusión.....	26
13.-Anexos.....	27
14.-Bibliografía.....	29

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

G

1.-ANTECEDENTES

Con el transcurso de los siglos y hasta nuestra epoca, una de las preocupaciones humanitarias y científicas del humano a sido el de yugular el dolor que puede presentarse en sus semejantes a causa de fenómenos físicos internos y externos, con intensidad y duración variables.

El descubrimiento de Snyder propicio que la administración de los narcóticos que usualmente se usaban por vía oral o en forma intravenosa, pudiesen usarse en forma intratecal o epidural (1979) , específicamente en obstetricia para control del dolor posquirúrgico en cesáreas, histerectomías, etc.(10)

Hace más de una época en Europa posteriormente los Estados Unidos, se han desarrollado unidades especiales para el manejo de los efectos nociceptivos posquirúrgicos, obteniéndose resultados positivos, como mejor recuperación y confort, disminución de efectos secundarios, menor estancia hospitalaria y gran aceptación por la paciente.

Al revisar la literatura de nuestro país al respecto el panorama es pobre, ya que en nuestras instituciones aproximadamente el 75% de las drogas que se dosifican para el fin descrito, corresponden a Metamizol sódico.(10)

La analgesia peridural debe reservarse para los pacientes quirúrgicos que presentan un dolor postoperatorio intenso o que previsiblemente va a serlo si dicho dolor impide una ventilación espontánea y una tos eficaces.

Las indicaciones principales conciernen el periodo postoperatorio de la cirugía torácico y/o abdominal .

En muchos casos la analgesia peridural se administra tras una anestesia realizada también por esta vía, pero a menudo solo se administra durante el postoperatorio inmediato.

En cualquier caso se debe instituir precozmente y antes de que aparezca el dolor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hasta los años setenta se usaban exclusivamente anestésicos locales pero estos han ido cediendo su sitio progresivamente a los opiáceos. (7)

Gracias al mejor conocimiento de los efectos indeseables de los opiáceos, actualmente se tiende a combinar estos dos tipos de fármacos para mejorar la calidad de la analgesia y reducir al mismo tiempo la incidencia de los efectos colaterales.

La analgesia peridural alivia de manera radical la molestia de los pacientes y facilita la kinesiterapia respiratoria postoperatoria. (4,5)

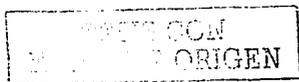
La ruta mas usada para el manejo del dolor postoperatorio es la vía peridural lumbar y la torácica baja ya que teóricamente ofrece mayor seguridad y flexibilidad que la vía intratecal, y algunas complicaciones podrian ser menos frecuentes y menos severas.

La popularidad de esta vía se basa en la posibilidad de reinyectar o infundir opiáceos a través de un catéter epidural por periodos de tiempo tan prolongados como sea necesario, la facilidad que existe para cambiar la dosis o el opioide aplicado y/o combinarlo con otros moduladores neuroaxiales de la respuesta nociocéptica. (3,5)

La propiedad fisico-química más importante para comprender el comportamiento farmacocinética de los opiáceos aplicados por esta vía es la liposolubilidad.

De ahí que la gran lista de opiáceos que existen, solo con algunos de ellos existen ventajas al aplicarlos por esta vía y, con otros, es prácticamente lo mismo que aplicarlos por vía IV o IM.

Cuando el opiáceo es aplicado en el espacio epidural puede seguir varias rutas, la grasa epidural, el sistema venoso epidural y de ahí la circulación venosa sistémica, penetrar hasta las astas dorsales a través del LCR o de las arterias radicales posteriores el inicio o la latencia de la analgesia será mas rápido con los agentes liposolubles por tener un



acceso mas rápido a las astas dorsales a través de las granulaciones aracnoideas y de las arterias espinales en cambio, será mas lento con los mas hidrofílicos.

La duración depende de la rapidez con que el fármaco es difundido de las astas dorsales, lo que depende del flujo sanguíneo.(3,6)

Los agentes liposolubles son rápidamente absorbidos y por lo tanto su duración es mayor.

Los agentes mas hidrosolubles difunden pobremente hacia los vasos sanguíneos y además pertenecen mas tiempo en el LCR creando un depósito y de esta forma su efectos será más prolongado la difusión rostral también depende del grado de liposolubilidad.

Los más liposolubles tienden a fijarse rápidamente a nivel de las astas dorsales por lo que deben inyectarse en los dermatomas que involucran la incisión quirúrgica o inyectarse en volumen suficiente para diseminarse en dirección cefálico.

En cambio los hidrosolubles no requieren de estas modificaciones para alcanzar dermatomas toraccicos altos aun cuando de inyectan a un nivel lumbar.

La analgesia de los opiáceos es intensa, constante y dependiente de la dosis, manifestándose en relación con todo tipo de dolor.

La acción antinociceptiva se caracteriza experimentalmente por un aumento de la prueba utilizada: térmica, química, eléctrica o de presión.(6)

A diferencia de los AINES, los opiáceos son activos haya o no lesión inflamatoria ya que disminuyen de forma dependiente de la dosis de la fase 1 y la fase 2, lo que confirma su doble mecanismo: presináptico por bloqueo de la conducción aferente y potsináptico por hiperpolarización de las neuronas del asta posterior.

En cambio los AINES tienen solamente una acción inhibidora parcial de la fase 2.

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

La principal diferencia entre los analgésicos de esta misma clase reside en su potencia de acción o dicho de otra manera, en su dosis equipotente.

La curva dosis efecto tiene forma sigmoidea con un elevado efecto máximo mas o menos desplazado hacia la izquierda, según que el opiáceo se mas o menos potente.

Las latencias de aparición y las duraciones de la analgesia también difieren según el opiáceo.

Con la finalidad de incrementar la eficacia analgésica y de abatir los efectos secundarios de los opiáceos epidurales estos pueden combinarse con coadyuvantes que actúan al mismo nivel. (3)

Entre ellos la bupivacaina una de las amidas mas utilizadas actualmente la cual deriva de la mepivacaina, su latencia de acción es entre 20 a 25 min. vía peridural, su liposolubilidad elevada explica que sea cuatro veces mas potente que la lidocaina, mientras que su duración de acción es cinco veces mayor entre 160-180 min., induce un bloqueo sensitivo de excelente calidad.

Normalmente la bupivacaina se opta por utilizarla en concentraciones reducidas (0.25%,0.125%,0.0625%).con bupivacaina al 0.25% se obtiene un bloqueo sensitivo casi al 95%,y un bloqueo motor de escasa magnitud.

Con soluciones al 0.125% y 0.0625% se puede respetar la actividad motora, siendo estas concentraciones las más indicadas para la analgesia postoperatoria.

Con la combinación de bupivacaina y opiáceos se potencializa la analgesia y disminuyen considerablemente la dosis necesaria durante 24 hrs. de opiáceos liposolubles.

La nalbufina sp es un opioide sintético agonista-antagonista y potente analgésico. En 1956, comenzaron las investigaciones que condujeron al desarrollo de este opiáceo (nalbufina), modificando la estructura química de un analgésico potente, la oximorfona. Esta investigación culmina con la síntesis de



nalbufina en 1965. Relacionado químicamente con la oximorfona y la naloxona. Se postula que el clorhidrato de nalbufina ejerce una acción mu-antagonista o parcialmente agonista y kappa-agonista sin acción sobre los demás receptores. En la práctica clínica, su acción antagonista sobre el receptor mu queda demostrada por producir reversión de la depresión respiratoria causada por morfínicos, manteniendo la analgesia espinal.(8)

También en la práctica clínica se observa claramente la acción kappa agonista de nalbufina al ejercer una analgesia profunda, miosis y sedación con una limitada depresión respiratoria. La nalbufina es tan potente como analgésico como la morfina y, como antagonista tiene la cuarta parte de potencia que la nalorfina, bajo potencial de adicción y mínimas posibilidades de producción de efectos psicomiméticos. A las dosis usuales... de 10 mg/70kg, la depresión respiratoria es similar a la provocada por la misma dosis de morfina. Produce menor incidencia de náusea y vómito que la morfina, meperidina, buprenorfina y pentazocina. Presenta "efecto techo" hasta los 30 mg, tanto para efecto analgésico como depresor respiratorio. Tiene el poder de revertir la depresión respiratoria de los agonistas opiodes como el fentanyl y sin revertir el efecto analgésico. La estabilidad cardiovascular que produce es buena.(9)

Las investigaciones han determinado que los efectos hemodinámicos adversos de la morfina son prácticamente idénticos a los observados después de la inyección endovenosa de 0.1 mg/kg de nalbufina. Esto sugiere que la estabilidad cardiovascular con nalbufina podría relacionarse con la ausencia de liberación de histamina después de la administración del medicamento.

Diversos estudios demuestran que la morfina como el fentanyl producen aumentos estadísticamente significativos ($p < 0.01$) de la presión del colédoco. Al contrario, no se

ESTRUC CON
PALLA DE ORIGEN

observó ningún aumento de presión después de la administración de nalbufina. (8)

►Farmacocinética: latencia: IV, 2-3 min., e Im/Sc <15 min. Efecto máximo: IV, 5-15 min. Duración: Iv/Im/Sc, 3-6 hrs. En seres humanos, luego de una dosis IM de 10 mg de nalbufina, el nivel máximo sérico de 48 ng/ml se produce a los 30 min. La vida plasmática media en el hombre es alrededor de 5 horas.

►Interacción y toxicidad: en el paciente no morfino-dependiente, la nalbufina potencia el efecto depresor de otros opiodes e hipnóticos, anestésicos volátiles y fenotiazinas. Puede precipitar síndrome de abstinencia en pacientes narcodependientes. Puede producir prurito, broncoespasmo, hipotensión e hipertensión arterial.

►Lineamientos y precauciones: es conveniente reducir la dosis administrada en pacientes ancianos, hipovolémicos, hipoproteinéuticos, anémicos, o en aquellos que están recibiendo hipnóticosedantes. La naloxona es el antídoto específico (IV 0.02-0.4 mg o más). La nalbufina puede empeorar el dolor del cólico de la vesícula biliar. Cruza la barrera placentaria y puede producir, en el trabajo de parto, depresión respiratoria neonatal, por lo que debe tenerse a la mano naloxona. Usarse con cuidado en aquellos pacientes que reciben crónicamente opiáceos, ya que altas dosis de nalbufina pueden precipitar síndrome de abstinencia como resultado de su efecto antagonista opiáceo.

►Efectos colaterales: hipertensión e hipotensión arterial sistémicas, bradicardia, taquicardia, depresión respiratoria, disnea y asma, euforia, disforia, confusión, sedación, cólicos, dispepsia, sabor amargo, miosis, prurito, urticaria, irritante (administración IV dolorosa), dislalia, disopsia, rubicundez y urgencia urinaria.(9)

El efecto analgésico de la nalbufina sobre la analgesia aparece a partir de una dosis entre 0.2-0.4mg/Kg. este efecto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

analgésico limita considerablemente la eficacia analgésica de este fármaco.

El efecto analgésico aparece a los 2-3 min. de su administración, y dura unas 4-6 hrs. en promedio.(9)

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.-HIPÓTESIS

La analgesia peridural con bupivacaina/ nalbufina sp es una técnica efectiva para control del dolor postoperatorio, debido a la alta liposolubilidad, su vida media más prolongada y menores efectos secundarios.

3.-OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de analgesia y seguridad de la nalbufina SP más bupivacaina en dolor postoperatorio.

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.1.1 Determinar que la analgesia peridural con nalbufina SP / bupivacaina ofrece un adecuado control del dolor postoperatorio.

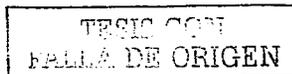
3.1.2 Investigar que esta combinación ofrece al paciente una mejor respuesta hemodinámica.

3.1.3 Reconocer la incidencia de efectos secundarios.

3.1.4 Disminuir los costos de los analgésicos utilizados tradicionalmente para control del dolor.

4.-DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, y experimental que deberá realizarse en el periodo comprendido entre el mes de marzo-al mes de julio del 2003.



5.-TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra estará constituido por 25 pacientes sometidas a cirugía ginecológica del hospital Juárez de México en el periodo comprendido anteriormente.

5.1 GRUPOS DE ESTUDIO

se realizo estudio en 25 pacientes de sexo femenino programados para cirugía ginecológica distribuidos aleatoriamente se les administraron bupivacaina a una concentración de 0.125% + nalbufina SP 0.2 mg/ Kg. 0. en bolos cada 6 hrs.

6.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Pacientes sometidas a cirugía ginecológica.
- b) Edades comprendidas entre los 35-65 años.
- c) Talla de 1.40 a 1.60 cm.
- d) ASA I -II.
- e) Pacientes que acepten entrar a protocolo de investigación previo consentimiento informado.
- f) Cirugía electiva.
- g) Pacientes sin administración de analgésicos o sedantes por lo menos en 36 hrs.

TRMIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.-Alérgicas a fármacos utilizados en esta investigación.
- 2.-Alteración a nivel hepático, cardíaca o renal.
- 3.-Alteraciones psiquiátricas y/o secuelas neurológicas
- 4.-Pacientes con fármaco dependencia
- 5.-Pacientes con contraindicación para bloqueo peridural (presencia de infección en sitio de punción, uso de anticoagulantes).

6.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- A) Pacientes que en cualquier fase del estudio decidan salir del estudio.
- B) Pacientes que presenten alergia a los medicamentos empleados.
- C) Punción de duramadre y/o punción roja.
- D) Inestabilidad hemodinámica en cualquier fase del estudio.
- E) Pacientes que presenten salida de catéter peridural

7.- JUSTIFICACIÓN

- a) presentar una alternativa para manejo de dolor postoperatorio
- b) reducir costos de analgésicos utilizados tradicionalmente para control del dolor postoperatorio
- c) el dolor postoperatorio no controlado es causa del aumento de morbilidad quirúrgica hospitalaria
- d) reducir los días/cama en hospitalización

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

8.-MATERIAL Y METODOS

Previa autorización del comité de investigación del hospital y el consentimiento informado del paciente continuamos con la monitorización no invasiva, posteriormente una carga de solución hartman calculada a 15 ml / Kg., colocamos al paciente en posición de decúbito lateral, localizando el sitio de punción deseado L1-L2, infiltramos lidocaina al 2% formando un habón, posteriormente introducimos una aguja tuohy #16, localizando espacio peridural con técnica de pitkin , se aspira y se coloca la dosis de prueba con lidocaina al 2% con epinefrina 3 ml y esperamos ante la posibilidad de cambios hemodinámicos ,una vez colocada la aguja en el espacio introducimos el catéter peridural cefálico a través del bisel de la aguja, para prevenir cualquier trayectoria aberrante solo se dejaran de 2-3 cm dentro del espacio peridural y volvemos a aspirar a través del catéter, se fija este y se coloca la dosis calculada por peso de lidocaina con epinefrina (7 mg/ kg/dosis) en posición se verifica la difusión .

Se inicia procedimiento quirúrgico posteriormente en recuperación se evalúa la analgesia basal con la escala visual análoga (EVA), hora y media después de la ultima dosis, se monitoriza PAM, Sao2, Fc., Fr. y se procede a administrar la dosis de analgesia peridural con nalbufina sp/ bupivacaina a 0.125% se observa presencia de efectos adversos, diez minutos después se evalúa nuevamente EVA, monitorizan signos vitales y se anota en hoja de registro.

De referir EVA mayor de 4 posterior a los diez minutos después de la administración de la dosis se administra dosis de Aines, en este caso Metamizol Sodico 20 mg./ kg/dosis como rescate.

Posteriormente en piso se evalúa a las seis horas, signos vitales, EVA, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, PAM, presencia o no de efectos secundarios y así continuaremos hasta cumplir 48 hrs., en

caso de referir dolor antes de la evaluación, enfermería se encargó de avisar al investigador, y este evaluó si se requería de aplicar dosis o no.

9.-VARIABLES CUALITATIVAS

- Sexo
- Peso
- Talla

9.1 VARIABLES CUANTITATIVAS

- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Tensión arterial
- PAM calculada
- Saturación de oxígeno
- EVA

10.-ANÁLISIS DE LOS DATOS

La hipótesis del estudio se considera comprobada cuando la analgesia peridural con nalbufina SP sea eficaz. Cuando la cantidad de analgésico (AINES) sea menor que la dosis tradicional. Cuando la escala visual análoga sea menor.

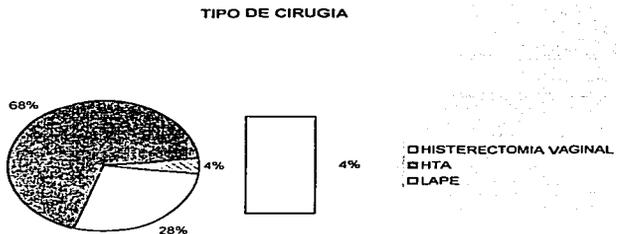
CONFECCION
TALLA DE ORIGEN

10.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se analizaron con medidas estadísticas de tendencia central, desviación estándar, mediana, promedio, máximos, mínimos.

10.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Previo consentimiento del comité de investigación y ética del hospital así como del consentimiento informado del paciente se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo con una muestra de 25 pacientes del género femenino, ASA I y II sometidas a cirugía ginecológica, de las cuales la de mayor incidencia fue histerectomía total abdominal como muestra la grafica 1.



Grafica 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los datos demográficos se muestran en la tabla de contingencia.

Tabla demográfica

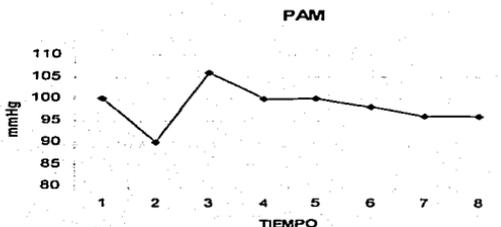
	EDAD	PESO	TALLA	ASA I	ASA II
PROMEDIO ± DS.	48.2 ±11	60.6 ±2.8	151 ±6	8	17
MÁX.	59	70	158		
MIN.	43	46	140		

Se evaluaron signos vitales, a los 10 minutos la frecuencia cardiaca (promedio ± DS) fue de 73 ± 5 , la frecuencia respiratoria de 19 ± 0.8 y la PAM de 82 ± 7.5 .(Grafica 2,3).



GRAFICA 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

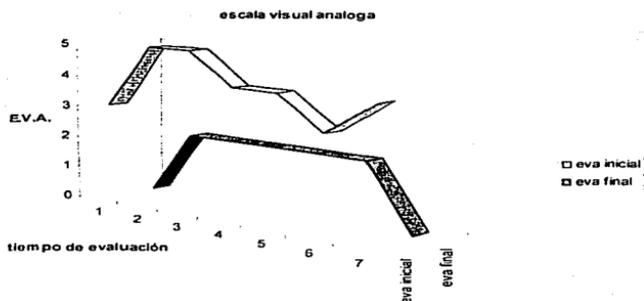


GRAFICA 3

Una paciente se mantuvo con tendencia a la hipotensión pero manteniendo PAM de 60, se incluyeron seis pacientes con el antecedente de hipertensión arterial sin cambios hemodinámicos.

EVA inicial máximo de 5, y EVA mínimo de 0, EVA final máximo de 2 y EVA mínimo de 0, un paciente presentó EVA de 2 posterior a la aplicación del medicamento. (Grafica 4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



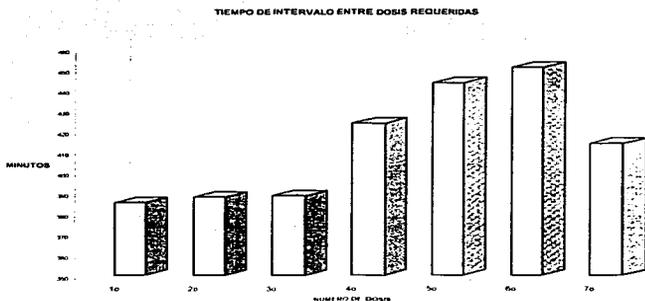
Grafica 4

Los efectos adversos que se evaluaron fueron retención urinaria, náusea, vomito, prurito, depresión respiratoria de los cuales el que se presentó en un 20% fue la náusea (5 pacientes).

El estado de conciencia también fue evaluado, presentando somnolencia en un 12 % (3 pacientes).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además se evaluaron los minutos entre una dosis y otra, espaciándose las dosis conforme al tiempo de monitoreo.



En las pacientes que aceptaron ingresar el estudio el inicio de la deambulaci3n fue m1s temprana, disminuyendo tambi3n la estancia intrahospitalaria.

Las dosis de rescate de analg3sicos de tipo AINES se administraron en ocho pacientes requiriendo dos ellos segundas dosis.

TECNOLOGIA CON
FALLA DE ORIGEN

11.- DISCUSIÓN

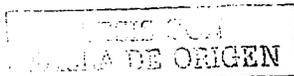
Este estudio muestra un grado de analgesia, adecuado, mostrado por EVAs menores al inicio y de 0 evaluadas a los diez minutos en un 99% de los casos, espaciándose las dosis conforme al tiempo, demostrando una mayor duración con esta combinación; según Spencer Liu (8) existen algunos hechos que diferencian el dolor agudo postoperatorio de otro tipo de dolores, la repercusión que sobre la rápida recuperación del paciente conllevan los cambios fisiopatológicos (neurovegetativos, hormonales, respiratorios), que produce el dolor agudo postoperatorio, pues este se debe a la agresión quirúrgica, por ello se puede prever su inicio, disminución y desaparición paulatina, con el proceso habitual de cicatrización, estas circunstancias hacen que sea inexcusable su tratamiento.

La utilización de nalbufina SP con bupivacaina vía peridural, en los resultados obtenidos muestran una baja incidencia de efectos adversos, estabilidad hemodinámica y analgesia prolongada, siendo similares a lo reportado por Coda Bárbara(3).

Los efectos adversos más frecuentemente encontrados, fueron la náusea y somnolencia, los cuales coinciden con lo reportado por Mille Loera (7).

Las dosis de analgésicos de tipo AINES que se administraron fueron menores a las estandarizadas, Mille Loera (7), menciona que se disminuye la dosis de AINES estandarizada combinada con analgesia peridural.

Mille Loera (7) señala la estrecha relación obtenida entre las valoraciones del grado de alivio del dolor realizadas por los propios pacientes y las atribuidas por el observador, este hecho resulta contradictorio con las reseñas de la literatura en



las que se describe un alto grado de infravaloración del dolor del paciente por parte del personal a su cuidado, así como un exceso de sobrevaloración del efecto y duración de los analgésicos administrados.

12.-CONCLUSIÓN

Concluimos que la analgesia peridural con nalbufina SP en combinación con la bupivacaína 0.125%, es una técnica segura, que ofrece una adecuada calidad y duración en el control del dolor postoperatorio, así como estabilidad hemodinámica y baja incidencia de efectos adversos, disminuyendo costos y días de estancia intrahospitalaria.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO ANESTESIOLOGIA

ANALGESIA PERIDURAL BUPIVACAINA / NALBUFINA SP EN CONTROL DE DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio fue aceptado por el comité de investigación y ética del hospital .

El estudio consiste en ofrecer una mejor alternativa para el control del dolor postoperatorio en cirugías ginecológicas.

Los fármacos se administraran a través de un catéter peridural (tubo de plástico) que se colocara en la espalda antes de comenzar la cirugía con el propósito de poder aplicar la dosis del medicamento para control del dolor después de la cirugía.

Se vigilara de forma estrecha los signos vitales de manera periódica después de la administración de los fármacos, así como la presencia de efectos adversos que pueden presentarse o no como: dolor de cabeza, náusea, vomito, alucinación, comezón, sueño, dificultad para orinar, adormecimiento en las piernas, estreñimiento, en casos muy raros punción de duramadre y alteraciones de la frecuencia cardiaca.

El ingreso al estudio es totalmente voluntario y el participante queda informado que puede abandonar el estudio en el momento que desee.

También se da por enterado que puede quedar excluido por el investigador cuando este así lo considere, sin requerir del consentimiento del paciente, sin que esto modifique la atención del paciente ya que se seguirá con otro tipo de analgesia.

ACEPTO TRATAMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL
MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL
TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL
TESTIGO

**TESIS CON
FIRMA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Barros Gloria, et al, El informe en servicio social,4ta,edición Buenos aires Argentina.
- 2.-Cañedo Dorantes Luis, investigación Clínica, México DF Editorial Interamericana 1987.
- 3- Coda Bárbara,
Pharmacology of epidural fentanyl, alfentanyl and sulfentanyl in volunteers ,Anesthesiology 1994 noviembre,vol 81 numero 5 pag.1149-1165.
- 4.-Jayr Christian ,Postoperative pulmonary epidural analgesia using bupivacaina and opioids versus parenteral opioids, Anesthesiology 1993,vol 78 numero 4 pag. 666-678.
- 5.-L.Brian Development of an anaesthesiology -based postoperative pain management service, Anesthesiology 68:100-106,1988.
- 6.-Leon Casasola Posoperative epidural opioid analgesia what are the choices,Anestesia and analgesia octubre 1996,vol 83,num,4 pag.,867-887.
- 7.-Mille Loera Manejo de los efectos colaterales de la analgesia opioide, Memorias del XXI curso anual de Actualizacion en Anestesiologia, Sociedad Mexicana de Anestesiologia ,Pag 90-94.
- 8.-Spencer Liu epidural anestesia and analgesia, Anesthesiology 82:1474-1506,1995.
- 9.-Viel E, Anestesia y analgesia peridurales, EMC, Anestesia y Reanimacion 86-325ª-10 pag.1-25.

10.-Whizar Lugo,Vías alternas de la administración de opioides en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio,Anestesia en México 1995;4:226-246.

CON
FALLA DE ORIGEN