



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CMN SIGLO XXI
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNÁRDO SEPÚLVEDA G."
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

**UTILIDAD DE LA DEXAMETASONA PARA EL CONTROL DEL DOLOR
POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ADOMINAL**

TESIS
QUE PRESENTA

DR. AZURI ORDAZ DIAZ

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

ASESOR DE TESIS:
DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

CIUDAD DE MÉXICO, D.F.

FEBRERO DE 2012



IMSS



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

TITULO

**UTILIDAD DE LA DEXAMETASONA PARA EL CONTROL DE DOLOR
POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA
ABDOMINAL**

TESIS
QUE PRESENTA

DR. AZURI ORDAZ DIAZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

ASESOR:
DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

CIUDAD DE MÉXICO, DF, FEBRERO DE 2012

Doctora

DIANA G. MENEZ DÍAZ

Jefa de la División de Educación en Salud

UMAЕ Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Maestro en Ciencias Medicas

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Jefe de Servicio de Anestesiología y Asesor de Tesis

UMAЕ Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

DEDICATORIA

A mis Padres, Edith Díaz y Francisco Ordaz por el apoyo incondicional durante toda mi formación académica, por guiarme siempre por el buen camino y por sus palabras de motivación durante esta etapa de mi vida.

A mi hermana Eunice por su comprensión y apoyo en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo gracias a Dios por guiarme y protegerme, así como darme la fuerza necesaria para concluir este largo camino.

A mi profesor titular Dr. Antonio Castellanos Olivares por la paciencia y tiempo dedicado durante el curso y para la elaboración y revisión de este trabajo de tesis.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, por permitir mi formación como Médico Anestesiólogo.

INDICE

	Páginas
RESUMEN	7
DATOS GENERALES	9
INTRODUCCIÓN	10
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
HIPÓTESIS	15
OBJETIVOS	16
MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODO	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	27

RESUMEN

INTRODUCCION: El dolor postoperatorio es uno de los principales problemas encontrados en la UCPA con una incidencia promedio de 60 %. Es probable que la inflamación contribuya al dolor agudo postoperatorio. La dexametasona administrada en el perioperatorio a demostrado tener propiedades analgésicas así como la disminución en el consumo de opiodes y analgésicos en el postoperatorio.

OBJETIVO: Demostrar la utilidad de la dexametasona como adyuvante para disminuir el dolor agudo postoperatorio en cirugía abdominal, administrada transoperatoriamente a dosis de 0.2 mg/kg.

DISEÑO: Ensayo clínico controlado.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS: Se estudiaron 30 pacientes programados de forma electiva para cirugía abdominal y se dividieron en 2 grupos al azar, administrándose en un grupo dexametasona a dosis de 0,2 mg/kg y al otro grupo placebo, realizándose doble cegamiento. Mediciones realizadas: dolor postoperatorio mediante escala análoga visual a su ingreso a UCPA y a las 24 horas de la cirugía, la necesidad de rescates analgésicos y la calidad del sueño postoperatorios.

RESULTADOS: En el grupo 1 el dolor agudo postoperatorio evaluado mediante la escala de EVA en la unidad de cuidados postanestésicos fue de 0 en el 46,7 % (7 pacientes), 20 % (3 pacientes) presentaron EVA de 2, se presentó EVA de 3 en 6,7 % (1 paciente), 13,3 % (2 pacientes) presentaron EVA de 4, se presentó EVA de 5 en 6,7 % (1 paciente) y EVA de 8 solo se observó en 1 paciente (6,7 %). En el grupo 2 se presentó EVA de 0 en 13,3 % correspondiente a 2 pacientes, se presentó EVA de 2 en el 33,3 % (5 pacientes), en 6 pacientes se presentó EVA de 3 (40 %), un paciente presentó EVA de 4 correspondiente al 6,7 % y EVA de 6 (6,7 %) se presentó en 1 paciente, con una P de 0,013. De la evaluación a las 24 horas se encontró que el grupo 1 presentó EVA de 0 en el 73,3 % (11 pacientes), el 6,7 % (1 paciente) presentó EVA de 1, presentaron EVA de 2 el 13,3 % (2 pacientes), el 6,7 % (1 paciente) presentó EVA de 5. En el grupo 2 se observó que el 53,3 % (8 pacientes) presentaron EVA de 0, el 6,7 % (1 paciente) presentó EVA de 1, el 40,0 % (6 pacientes) presentó EVA de 2, con una P de 0,001.

CONCLUSIONES: El uso de dexametasona a dosis de 0,2 mg/kg durante la inducción anestésica en cirugía abdominal disminuye el dolor agudo postoperatorio en la unidad de cuidados postanestésicos así como a las 24 horas del procedimiento quirúrgico, observándose diferencia estadísticamente significativa. Se encontró una elevación significativa de la glicemia post administración de dexametasona. Se requieren de más estudios para establecer la seguridad del medicamento.

PALABRAS CLAVE: Dolor postoperatorio, dexametasona.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Postoperative pain is one of the main problems in the UCPA with an average incidence of 60%. It is likely that inflammation contributes to postoperative pain. Dexamethasone administered in the perioperative analgesic demonstrated and the decrease in the consumption of opioids and analgesics in the postoperative period.

OBJETIVE: To demonstrate the usefulness of dexamethasone as an adjunct to reduce postoperative pain in abdominal surgery, intraoperatively administered at doses of 0.2 mg / kg.

DESIGN: Controlled clinical trial.

MATERIALS, PATIENTS AND METHODS: We studied 30, patients scheduled for elective abdominal surgery were divided randomly into 2 groups, a group administered dexamethasone dose of 0.2 mg / kg and the other group placebo, performing double-blinding. Measurements made: postoperative pain by visual analog scale at admission to UCPA and 24 hours after surgery, the need for rescue analgesia and postoperative sleep quality.

RESULTS: In group 1, acute postoperative pain assessed by EVA in the UCPA was 0 in 46.7% (7 patients), 20% (3 patients) had EVA 2, VAS was presented of 3 in 6.7% (1 patient), 13.3% (2 patients) had 4-EVA, EVA was present in 6.7% of 5 (1 patient) and EVA of 8 was observed in only 1 patient (6.7%). In group 2 was presented VAS from 0 to 13.3% for 2 patients, 2 EVA was presented in 33.3% (5 patients), 6 patients presented VAS 3 (40%), one patient presented EVA 4 corresponding to 6.7% and EVA of 6 (6.7%) occurred in 1 patient, with a P of 0.013. The evaluation at 24 hours was found that group 1 presented VAS from 0 to 73.3% (11 patients), 6.7% (1 patient) presented an EVA, EVA showed 2 to 13.3% (2 patients), 6.7% (1 patient) presented EVA 5. In group 2 it was observed that 53.3% (8 patients) had VAS of 0, 6.7% (1 patient) presented EVA 1, 40.0% (6 patients) presented EVA 2, a P of 0.001.

CONCLUSIONS: The use of dexamethasone at a dose of 0.2 mg / kg during induction of anesthesia in abdominal surgery reduces postoperative pain in the UCPA and at 24 hours of surgery, statistically significant difference was observed. We found a significant elevation of blood glucose after administration of dexamethasone. More studies are needed to establish the safety of the drug.

KEYWORDS: Postoperative pain, dexamethasone.

DATOS GENERALES:

AUTOR:

ORDAZ

DIAZ

AZURI

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTA DE MEDICINA

ANESTESIOLOGIA

99232848

ASESOR:

CASTELLANOS

OLIVARES

ANTONIO

TESIS:

**UTILIDAD DE LA DEXAMETASONA PARA EL CONTROL DE
DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA
ABDOMINAL**

2012

PP 28

INTRODUCCION

El dolor postoperatorio es uno de los principales problemas encontrados en la UCPA con una incidencia de hasta 60% en pacientes intervenidos quirúrgicamente, mismo que requiere control inmediato por las implicaciones clínicas que esto produce como lo son: crisis hipertensivas, hipoventilación con retención de CO₂, mayor incidencia de atelectasia; por lo que el control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes para el Anestesiólogo. (1)

El dolor no es solo una modalidad sensitiva si no también una experiencia, por tal motivo la asociación internacional para el estudio del dolor lo define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, relacionada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño.(2) El dolor agudo se define como aquel causado por estímulos dolorosos debido a lesiones, enfermedad o función anormal de músculos o vísceras, casi siempre es nociceptivo y participan en e l cuatro procesos fisiológicos denominados transducción, transmisión, modulación y percepción, este tipo de dolor se relaciona con estrés neuroendocrino proporcional a la intensidad, sus formas más comunes incluyen el dolor postraumático, posoperatorio y obstétrico. (3)

La lesión quirúrgica del tejido produce una respuesta de estrés neuroendocrino en el cual intervienen múltiples mediadores locales de la inflamación y que posteriormente actúan de forma sistémica (4) Es probable que la inflamación contribuya al dolor agudo postoperatorio, en la medida en la que los mecanismos inflamatorios contribuyen al dolor postoperatorio, se podría esperar que la administración de esteroide intraoperatorio disminuya el mismo,(5) motivo por el cual se considera que al administrar esteroides se reducirá el dolor postoperatorio secundario a la disminución de la respuesta inflamatoria.

El dolor postoperatorio depende de varios factores como son el tipo de procedimiento quirúrgico, el mismo paciente, la preparación preoperatoria, manejo anestésico, la calidad de cuidados postoperatorios, entre otros, sin embargo podemos deducir que el dolor postoperatorio aparece con mayor frecuencia e intensidad después de intervenciones intratorácicas, intraabdominales, probablemente por la extensión del trauma y el grado de manipulación quirúrgica, renales y de traumatología. (6)

La prevalencia del dolor agudo postoperatorio varía entre 30 y 86 % en hospitales con actividad quirúrgica y no se ha modificado lo suficiente en los últimos 15 años a pesar de todos los esfuerzos realizados para ello. (7) Por lo anterior se debe de continuar con la realización de nuevos protocolos analgésicos en este tipo de hospitales, hasta disminuir o anular la prevalencia del dolor postoperatorio. En el manejo del dolor postoperatorio se han utilizado

AINES, anestésicos locales y opioides intravenosos, así como otros fármacos como los esteroides que incluyen el manejo o analgesia multimodal. La dexametasona administrada en el periodo perioperatorio ha demostrado disminuir la náusea y el vómito postoperatorio, además de que se han documentado propiedades analgésicas de la dexametasona, incluso en niños en los que a dosis de 0.5 mg/kg ha demostrado aumentar la intensidad y la duración de la analgesia postoperatoria sin efectos negativos, sin embargo, el efecto analgésico y la dosis óptima aun no están bien establecidos. (8)(13)(14) En un estudio realizado en cirugía laparoscópica se encontró que el uso de dexametasona en el preoperatorio disminuía la necesidad de opioides intravenosos para el control del dolor, (9) por tal razón se pretende comprobar la utilidad de este glucocorticoide en el dolor postoperatorio.

La administración de dexametasona a dosis superiores a 0.1 mg/kg a mostrado reducir el consumo de analgésicos opioides en el postoperatorio, así como la necesidad de analgésicos en el postoperatorio en cirugías de odontología, cirugía laparoscópica y cirugía de mama, incluso observándose una analgesia postoperatoria prolongada de hasta 72 horas, cuando se utiliza en régimen multimodal en cirugía de mama (8, 10,12).

JUSTIFICACION

En nuestro hospital no se ha establecido el uso rutinario de esteroides como parte del manejo analgésico, únicamente se ha utilizado con fines antiinflamatorios sin evaluar el dolor postoperatorio. El dolor postoperatorio se considera un problema importante en la unidad de cuidados postanestésicos, al que frecuentemente se enfrenta el anestesiólogo, es importante su control adecuado mediante terapéutica multimodal debido a que el dolor agudo postoperatorio tiene implicaciones clínicas importantes en los pacientes, por lo que siempre es importante establecer mediante estudios de alta evidencia, la eficacia de los mismos. Además de los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos con los que contamos en el hospital, se cuenta con esteroides como la dexametasona por lo que se considera útil realizar un ensayo clínico controlado, para establecer su eficacia en el control del dolor agudo postoperatorio aunado a el uso de AINE intraoperatorio en pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología abdominal, y de esta forma disminuir el consumo de analgésicos opioides postoperatorios como la buprenorfina, opioide frecuentemente utilizado para tales fines y cuyos efectos de depresión respiratoria aunado a náuseas y vómito limitan su uso. Se ha reportado en la literatura que el empleo de dexametasona a dosis mayores a 0.2 mg/kg ofrecen efectos analgésicos en la terapéutica de analgesia

multimodal, es por esto que es importante establecer si en el tipo de intervenciones quirúrgicas abdominales realizadas en nuestro medio es de utilidad su uso a una dosis establecida de 0.2 mg/kg aunado a los AINES de uso habitual en nuestro hospital.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Será menor la intensidad de dolor postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal cuando reciben dexametasona versus placebo?

¿Será menor el número de rescates analgésicos en los pacientes sometidos a cirugía abdominal cuando se administre dexametasona versus placebo?

¿Será mayor la calidad del sueño postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal cuando se administre dexametasona versus placebo?

¿Será menor el consumo de fentanilo transoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal cuando se administre dexametasona versus placebo?

HIPOTESIS

La intensidad de dolor postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal es menor cuando reciben dexametasona que con placebo.

El número de rescates analgésicos en los pacientes sometidos a cirugía abdominal es menor en los pacientes que se administra dexametasona que con placebo.

La calidad del sueño postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal es mayor en los pacientes que se administra dexametasona que con placebo.

El consumo de fentanil transoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal es menor en los pacientes que se administra dexametasona que con placebo.

OBJETIVOS

Demostrar que en los pacientes sometidos a cirugía abdominal la intensidad de dolor postoperatorio es menor cuando reciben dexametasona que con placebo.

Demostrar en los pacientes sometidos a cirugía abdominal el número de rescates analgésicos es menor en los pacientes que se administra dexametasona que con placebo.

Demostrar que en los pacientes sometidos a cirugía abdominal la calidad del sueño postoperatorio es mayor en los pacientes que se administra dexametasona que con placebo.

Demostrar en los en los pacientes sometidos a cirugía abdominal el consumo de fentanil transoperatorio es menor en los pacientes que se administra dexametasona que con placebo.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorizado doble ciego con 30 pacientes ASA I - III de la UMAE Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda de centro médico nacional siglo XXI, en los que se realizó cirugía abdominal de forma electiva bajo anestesia general balanceada.

Se les realizó visita preanestésica a todos los pacientes incluidos en el estudio, se autorizó por parte de los mismos pacientes su inclusión al estudio bajo consentimiento informado. Se asignaron a los pacientes a uno de los 2 grupos al azar y se rotuló el medicamento con la leyenda adyuvante por una persona ajena al investigador responsable, el adyuvante se administró durante la inducción anestésica. En todos los pacientes se realizó anestesia general balanceada. Se utilizó monitoreo con presión arterial no invasiva, oximetría de pulso, electrocardiograma, TNM, capnografía y clínica. Se estandarizó la utilización de propofol, fentanil y cisatracurio durante la inducción de la anestesia general. Para el mantenimiento anestésico se utilizó sevoflurano como halogenado y fentanil como narcótico, estableciendo el valor del dial y la administración subsecuente de fentanil en relación al aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial media. Se administró dexametasona a dosis de 0.2 mg/kg a un grupo de pacientes seleccionados al azar y al otro grupo se le administró placebo durante la inducción anestésica, en todos los pacientes se

indicó AINE de tipo Ketorolaco calculado a 1 mg por kilogramo como analgésico postoperatorio.

Se evaluó la intensidad del dolor postoperatorio mediante la escala análoga visual durante su estancia en UCPA y a las 24 horas en piso. Los datos de recabaron en la hoja de recolección de datos, se midió el consumo transoperatorio de opioides, el número de rescates analgésicos en las primeras 24 horas del postoperatorio y la calidad del sueño en ambos grupos.

RESULTADOS

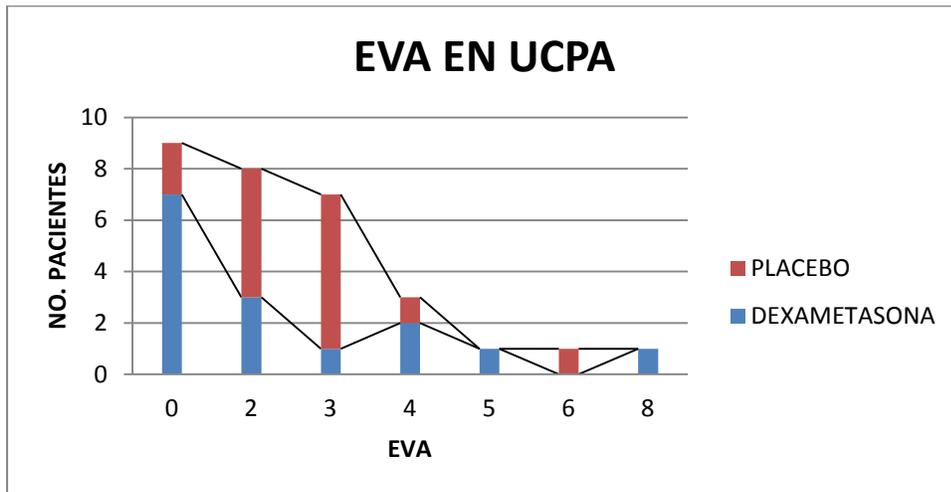
Se aleatorizaron 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, se dividieron en 2 grupos al azar quedando 15 pacientes para el grupo 1 (grupo de dexametasona) de los cuales 8 fueron mujeres (53,3 %) y 7 hombres (46,7 %) con un promedio de edad de 46,73 (+/- 15,13), con un peso de 73,07 (+/- 11,32).

En el grupo 2 (placebo) conformado por 15 pacientes, 10 fueron mujeres (66,7 %) y 5 fueron hombres (33,3 %) con una edad promedio de 48,47 (+/- 12,58), presentando un peso de 67,73 (+/- 12,68). No hubo diferencia estadística respecto a todas las variables demográficas entre los 2 grupos.

En todos los pacientes se utilizó Ketorolaco como analgésico antiinflamatorio no esteroideo para el manejo del dolor postoperatorio. Para la anestesia general balanceada se utilizó fentanil, sevoflurano y cisatracurio en ambos grupos.

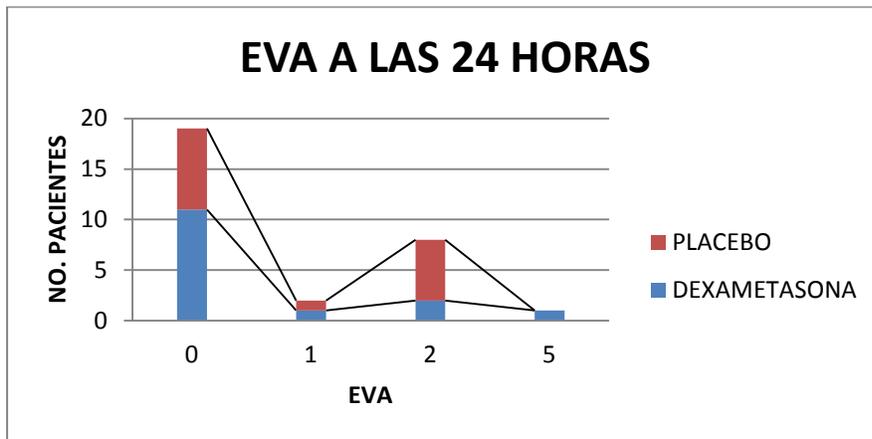
En el grupo 1 el dolor agudo postoperatorio evaluado mediante la escala de EVA en la unidad de cuidados postanestésicos fue de 0 en el 46,7 % (7 pacientes), 20 % (3 pacientes) presentaron EVA de 2, se presentó EVA de 3 en

6,7 % (1 paciente), 13,3 % (2 pacientes) presentaron EVA de 4, se presentó EVA de 5 en 6,7 % (1 paciente) y EVA de 8 solo se observó en 1 paciente (6,7 %).

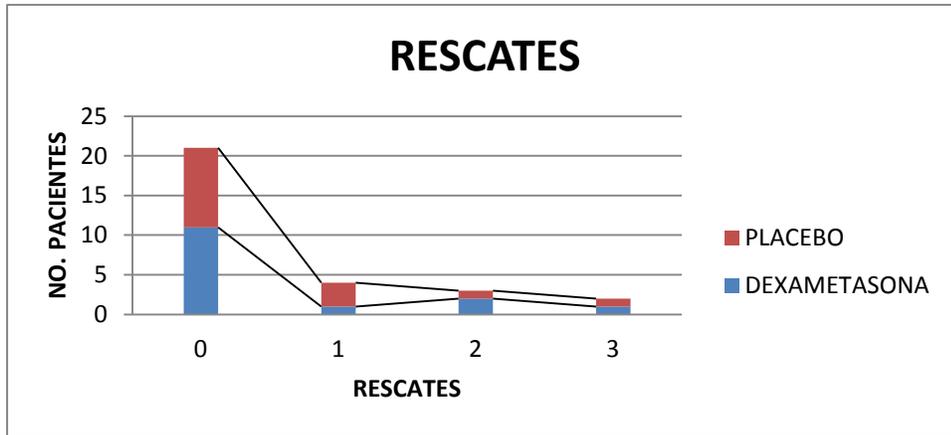


En el grupo 2 se presentó EVA de 0 en 13,3 % correspondiente a 2 pacientes, se presentó EVA de 2 en el 33,3 % (5 pacientes), en 6 pacientes se presentó EVA de 3 (40 %), un paciente presentó EVA de 4 correspondiente al 6,7 % y EVA de 6 (6,7 %) se presentó en 1 paciente, con una P de 0,013.

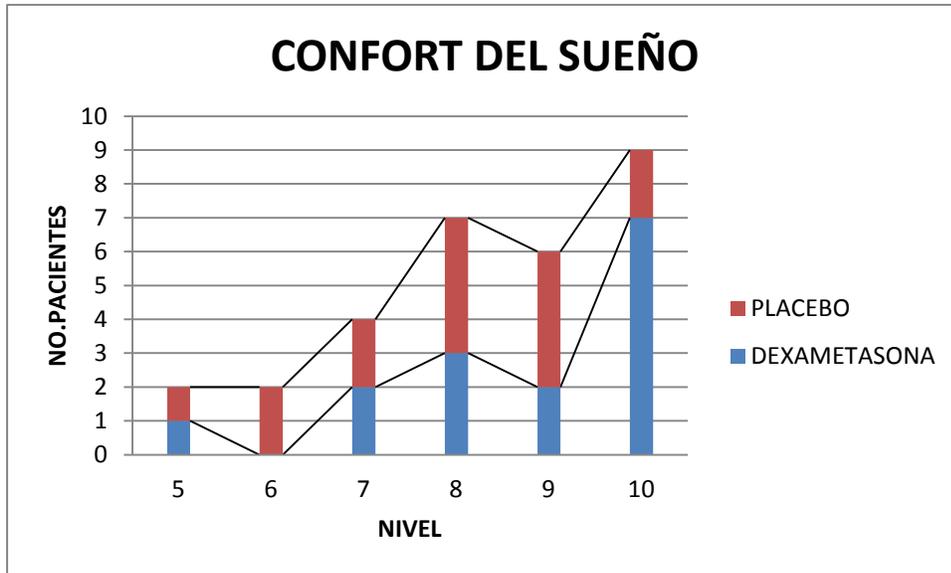
De la evaluación a las 24 horas se encontró que el grupo 1 presentó EVA de 0 en el 73,3 % (11 pacientes), el 6,7 % (1 paciente) presentó EVA de 1, presentaron EVA de 2 el 13,3 % (2 pacientes), el 6,7 % (1 paciente) presentó EVA de 5. En el grupo 2 se observó que el 53,3 % (8 pacientes) presentaron EVA de 0, el 6,7 % (1 paciente) presentó EVA de 1, el 40,0 % (6 pacientes) presentó EVA de 2, con una P de 0,001.



Respecto a la necesidad de utilizar rescates analgésicos se encontró que para el grupo 1 en 11 (73,3 %) pacientes no se requirió rescates analgésicos, se utilizó 1 rescate analgésico con AINE en un paciente, 2 rescates analgésicos en 2 pacientes y se tuvo la necesidad de utilizar 2 rescates con morfina 1 mg IV en un solo paciente durante las 24 horas del postoperatorio. En el grupo 2 (placebo) no se requirió de rescates en 10 (66,7 %) pacientes, se requirió de 1 rescate con AINE en 3 pacientes, 2 rescates con AINE en 1 paciente y 3 rescates en 1 paciente, no se requirió de rescates con morfina.



Se evaluó el confort del sueño con una escala del 1 al 10 a las 24 horas de la cirugía encontrándose los siguientes resultados: para el grupo 1, se reportó un confort de 5 en 1 paciente (6,7 %), confort de 7 en el 13,3 % (2 pacientes), en el 20,0 % (3 pacientes) se encontró confort de 8, confort de 9 en el 13,3 % (2 pacientes) y un confort de 10 en el 46,7 % (7 pacientes). Respecto al grupo 2 se encontró que el 6,7 % (1 paciente) presento confort de 5, el 13,3 % (2 pacientes) presento confort de 6, el 13,3 % (2 pacientes) confort de 7, el 26,7 % (4 pacientes) presento confort de 8, el 26,7 % (4 pacientes) presento confort de 9 y el 13,3 % (2 pacientes) presentaron confort de 10, con una P de 0,156.



Respecto a la seguridad en la administración de dexametasona se determinó mediante gasometría arterial el valor de la glicemia encontrándose una elevación en el grupo 1 posterior a la administración de la misma con un promedio de 133,93 mg/dl (desviación estándar de 34,005 mg/dl) en comparación con el grupo 2 en el que se utilizó placebo en donde el valor promedio fue de 106,13 mg/dl (desviación estándar de 15,436 mg/dl), encontrándose diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSION

En la literatura se reporta que la administración de dexametasona perioperatoria es de utilidad para disminuir el dolor agudo postoperatorio, en un meta análisis De Oliveira et al. 2011 muestra evidencia de que la dexametasona a dosis inferiores de 0,2 mg/kg es suficiente para aminorar el dolor agudo postoperatorio, en nuestro estudio se estandarizo la dosis de 0,2 mg/kg observándose significancia estadística respecto al placebo. El meta análisis de De Oliveira muestra también que la analgesia se ve reforzada cuando el esteroide se administraba antes de la cirugía o al menos poco después de la inducción, en nuestro estudio se administró dexametasona durante la inducción anestésica observándose el mismo efecto que el reportado en la literatura.

Hval K, et al. 2007 reporto que la administración de 16 mg de dexametasona proporcionaba analgesia postoperatoria prolongada hasta 24 horas después de la cirugía cuando se asociaba a un régimen multimodal con AINE, de la misma forma a lo encontrado en nuestro estudio en el que se observa diferencia estadísticamente significativa en la evaluación del EVA en la unidad de cuidados postanestésicos y a las 24 horas posterior a la administración de dexametasona en cirugía abdominal.

Respecto al consumo de opioides y al confort del sueño en ambos grupos no se observó diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

El uso de dexametasona a dosis de 0,2 mg/kg durante la inducción anestésica en cirugía abdominal disminuye el dolor agudo postoperatorio en la unidad de cuidados postanestésicos así como a las 24 horas del procedimiento quirúrgico, observándose diferencia estadísticamente significativa. Se encontró una elevación significativa de la glicemia post administración de dexametasona. Se requieren de más estudios para establecer la seguridad del medicamento.

BIBLIOGRAFIA

1.- **Ready LB, Edqards WT**, Management of acute pain: A practical guide. Seattle WA: IASP Publications. 1992.

2.- **Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL**, Principios de Medicina Interna 15º edición, México, McGraw-Hill, 2002.

3.- **Morgan E, Mikhail MS, Murray MJ**, Anestesiología clínica, 4ª edición, México, editorial Manual Moderno, 2007.

4.- **Kohl BA, Deutschman CS**: The inflammatory response to surgery and trauma. Curr Opin Crit Care 2006; 12:325–32

5.- **Turan A, Sessler D**, Steroids to Ameliorate Postoperative Pain. Anesthesiology, 2011; 115:457 – 459.

6.- **Martinez-Vasquez de Castro J, Torres LM**, Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones, Rev. Soc. Esp. Dolor 2000, 7: 465 – 476.

7.- **Aguilar JL, March Y, Segarra M, Moya MM, Peláez R, Fernández S.** et. al, Prevalencia de dolor en un hospital con unidad de dolor agudo y unidad de dolor crónico: el paso siguiente ... analgesia traslacional., Rev. Soc. Esp., 2009; 16: 209 – 214.

8.- **De Oliveira G, Almeida D, Benzon H, McCarthy R, Pharm D,** Perioperative Single Dose systematic dexamethasone for postoperative pain: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Anesthesiology : September 2011; 15:575 – 588.

9.- **Bisgaard T, Klarskov B, Kehlet H, Rosenberg J,** Preoperative dexamethasone improves surgical outcome after laparoscopic cholecystectomy: a randomized double-blind placebo controlled trial. Ann Surg 2003; 238: 651-60.

10.- **Mathiesen O, Jacobsen L, Holm H, Randall S, Adamiec-Malmstroem L, Graungaard B, Holst P, et al,** Pregabalin and dexamethasone for postoperative pain control: a randomized controlled study in hip arthroplasty. Br J of Anaesth 2008; 101: 535 – 41.

11.- **Hval K, Thagaard K, Schlichting E, Raeder J**, The prolonged postoperative analgesic effect when dexamethasone is added to a nonsteroidal antiinflammatory drug (rofecoxib) before breast surgery. *Anesth Analg*, 2007; 105: 481 – 6.

12.- **Fuji Y, Nakayama M**, Reduction of postoperative nausea and vomiting and analgesic requirement with dexamethasone in women undergoing general anesthesia for mastectomy. *Breast Journal*, 2007; 13: 564 – 7.

13- **Jokela R, Ahonen J, Tallgren M, Marjakangas P, Korttila K**, The effective analgesic dose of dexamethasone after laparoscopic hysterectomy. *Anesth Analg* 2009; 109: 607 -

14.- **Hong Y, Han S, Kim W, Kim E, Kil H**, Effect of dexamethasone in combination with caudal analgesia on postoperative pain control in day – case paediatric orchiopexy. *Br J of Anesth* 2010; 105: 506 - 10