

74
11202

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE ANALGESIA
PERIDURAL TRANSOPERATORIA MEDIANTE UNA "DOSIS
UNICA DE REPINTADO" CON LIDOCAINA AL 2% SIMPLE
VS LA TÉCNICA HABITUAL**

TÉSIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:
DR. PEDRO MÁRQUEZ PÉREZ

DR. ANTONIO SALVADOR GALINDO FABIAN
DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DEL 2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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**

Atención: La Dirección General de Bibliotecas de la UNAM, a elección en formato electrónico e impreso al contenido, en el mes de febrero del 2019.

NOVA S. S. de Pedro Marquez Perez
FECHA: 30/09/03
FIRMA: *[Handwritten Signature]*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN REGIONAL DEL SIGLO XXI
DELEGACIÓN SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE ANALGESIA PERIDURAL TRANSPORATORIA MEDIANTE UNA " DOSIS UNICA DE REPINTADO " CON LIDOCAINA AL 2% SIMPLE VS LA TÉCNICA HABITUAL "

* DR. ANTONIO SALVADOR GALINDO FABIAN
** DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO
*** DR. PEDRO MARQUEZ PEREZ

* MEDICO ANESTESIOLOGO ADSCRITO AL H.E.C.M.N. SIGLO XXI " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. ", UBICADO EN AV. CUAHUTEMOC # 330, COL. DOCTORES, MEXICO D.F.
**MEDICO ANESTESIOLOGO, ASESOR DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA, H.E.C.M.N. SIGLO XXI " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. ", UBICADO EN AV. CUAHUTEMOC # 330, COL. DOCTORES, MEXICO D.F.
***MEDICO RESIDENTE DE ANESTESIOLOGIA, ADSCRITO AL H.E.C.M.N. SIGLO XXI " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. ", UBICADO EN AV. CUAHUTEMOC # 330, COL. DOCTORES, MEXICO D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DELEGACION 3 SUR
C.M.N. SIGLA
HOSP. DE ESPECIAL
17 SEP 2003

DR. ANTONIO CASTELLANOS QUIROZ

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DR. ALFONSO QUIROZ RICHARDS

JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

DR. ANTONIO SALVADOR GALINDO FABIAN

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

ASESOR CLINICO DE TESIS

DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO

ASESOR DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por tocarme con su mano y regalarme el milagro más grande, sin el que no habría sido posible realizar día a día mi sueño: la vida; por mostrarme el camino de la humildad ante los éxitos logrados ...por siempre guiarme por el camino adecuado.

A MIS PADRES:

Por el amor que me han brindado siempre, el cuál me ha servido de bastón en los momentos más difíciles, por los valores de honradez, trabajo y perseverancia que sembraron y cultivaron en mí.

A MIS HERMANOS:

Mis incondicionales, mis amigos, mis consejeros; por alentarme a seguir en todo momento sin pedirme nada a cambio.

A MI ESPOSA:

Mi tan amada compañera, la que camina a mi lado, la que conoce mis más profundos sentimientos...por creer siempre en mí.

A MIS MAESTROS:

Por tan maravilloso tesoro que han compartido conmigo, su sabiduría.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Delegación: 2 Sureste del Distrito Federal Unidad de adscripción: IECMM Siglo XXI

AUTOR:

Apellido

Paterno: Márquez Materno: Pérez Nombre: Esra

Matricula: 11237236 Especialidad: Anestesiología Fech. Grad. 28/02/04

ASESOR:

Apellido

Paterno: Galindo Materno: Eubán Nombre: Antonio Salvador

Matricula: 2981866 Especialidad: Anestesiología Registro: 020/2003

Título de la Tesis:

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE ANALGESIA PERIDURAL
TRANSOPERATORIA MEDIANTE UNA "DOISIS ÚNICA DE REPETITIVO" CON
LIDOCAINA AL 2% SIMPLE VS LA TÉCNICA HABITUAL**

Resumen:

Objetivo: Evaluar si la "Dosis de Repetitivo" en analgesia peridural con anestésico local (lidocaina simple 2%) para cirugía de abdomen bajo mejora la calidad del bloqueo sensitivo sin alterar significativamente el nivel de bloqueo.

Introducción: La anestesia regional inducida por la administración peridural de un anestésico local es una práctica común para realización de diversos procedimientos quirúrgicos. En estas condiciones la posibilidad de agregar una dosis subsiguiente y aumentar los efectos del anestésico local adquiere relevancia para lograr que la técnica de anestesia y la duración sean adecuadas a cada una de las fases quirúrgicas, con el mínimo de alteraciones hemodinámicas que frecuentemente se asocian a esta técnica anestésica. Se ha observado que posterior a la aplicación de la dosis principal de analgesia local a través de catéter peridural sí se coloca 1/3 a 1/4 parte de esta dosis 10-15 minutos después, incrementa notablemente la calidad analgésica sin aumentar notablemente el nivel del mismo, conociéndose esto, con el nombre de Dosis de Repetitivo o Repetido de Cerca.

Material y Métodos: De Marzo del 2003 a Mayo de 2003, se estudiaron a 50 pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica (Salpingolectomía unilateral), bajo Anestesia Peridural Lumbar de las cuéspas a 2, se les administró la técnica de Dosis de Repetitivo, y al resto la técnica habitual.

Resultados: El nivel de difusión en el grupo 1 (dosis habitual) prevaleció a nivel de T6 en un total de 20 pacientes, constituyendo un 80% y en el grupo 2 (dosis de repetitivo) prevaleció el nivel de difusión de T5 con un 72%. La calidad de analgesia medida con la EVA en el grupo 1 (dosis habitual) y grupo 2 (técnica de repetitivo) prevaleció menor de 1 (24 pacientes; 96%).

Conclusiones: nosotros al llevar a cabo la técnica conocida en la literatura americana como Dosis de Repetitivo, en un tipo de cirugía específica (O.T. 13), no encontramos una diferencia significativa con respecto a la técnica habitual.

Palabras Clave

1) Anestesia 2) Bloqueo Peridural 3) Dosis de Repetitivo 4) Técnica Habitual. Etc.

Tipo de Investigación: CL

Tipo de Diseño: C.I.S

Tipo de Estudio: I.I.C.C

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

| | PAGINA |
|----------------------------------|--------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 6 |
| RESULTADOS | 7 |
| DISCUSIÓN | 11 |
| CONCLUSIONES | 12 |
| ANEXOS | 13 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 14 |

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

RESUMEN

" ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE ANALGESIA PERIDURAL TRANSOPERATORIA MEDIANTE UNA " DOSIS UNICA DE REPINTADO " CON LIDOCAINA AL 2% SIMPLE VS LA TÉCNICA HABITUAL "

Objetivo: Evaluar si la " Dosis de Repintado " en analgesia peridural con anestésico local (lidocaína simple 2%), para cirugía de abdomen bajo mejora la calidad del bloqueo sensitivo sin alterar significativamente el nivel de bloqueo.

Introducción: La anestesia regional inducida por la administración peridural de un anestésico local es una práctica común para realización de diversos procedimientos quirúrgicos. En estas condiciones la posibilidad de agregar una dosis subsecuente y aumentar los efectos del anestésico local adquiere relevancia para lograr que la latencia, la intensidad y la duración sean adecuadas a cada uno de los procedimientos, con el mínimo de alteraciones hemodinámicas que frecuentemente se asocian a esta técnica anestésica. Se ha observado que posterior a la aplicación de la dosis principal de analgésico local a través de cateter peridural si se coloca 1/3 a 1/4 parte de esta dosis 10-15 minutos después, mejoraba notablemente la calidad analgésica sin aumentar notablemente el nivel del mismo, conociéndose esto, con el nombre de Dosis de Repintado o Repintado de Cérca.

Material y Métodos: De Marzo del 2003 a Mayo de 2003, se estudiaron a 50 pacientes, que fueron sometidas a una intervención quirúrgica (Salpingooclasia Bilateral), bajo Bloqueo Peridural Lumbar, de las cuales a 25 se les administró la técnica de Dosis De Repintado, y al resto la técnica habitual.

Resultados: El nivel de difusión en el grupo 1 (dosis habitual) prevaleció a nivel de T6 en un total de 20 pacientes, constituyendo un 80% y en el grupo 2 (dosis de repintado) prevaleció el nivel de difusión de T5, con un 72%. La calidad de analgesia medido con la EVA, en el grupo 1 (dosis habitual) y grupo 2 (técnica de repintado) prevaleció menor de 1 (24 pacientes- 96%).

Conclusiones: nosotros al llevar a cabo la técnica conocida en la literatura americana como Dosis de Repintado, en un tipo de cirugía específica (O. T. B.), no encontramos una diferencia significativa con respecto a la técnica habitual.

Palabras Clave: Anestesia, Bloqueo Peridural, Dosis de Repintado, Técnica Habitual

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones humanitarias y científicas del ser humano ha sido la de yugular el dolor que pueden presentar sus semejantes, a causa de fenómenos físicos internos o externos, con intensidad y duración variables, en forma aguda o crónica.

La anestesia regional inducida por la administración peridural de un anestésico local es una práctica común para realización de diversos procedimientos quirúrgicos. En estas condiciones la posibilidad de agregar una dosis subsecuente y aumentar los efectos del anestésico local adquiere relevancia para lograr que la latencia, la intensidad y la duración sean adecuadas a cada uno de los procedimientos, con el mínimo de alteraciones hemodinámicas que frecuentemente se asocian a esta técnica anestésica, como consecuencia del bloqueo de la conducción en vías nerviosas somáticas y autónomas (1).

En estudios realizados por la Asociación Americana de Anestesiología se ha observado que posterior a la aplicación de la dosis principal de analgésico local a través de cateter peridural si se coloca 1/3 a 1/4 parte de esta dosis 10-15 minutos después, mejoraba notablemente la calidad analgésica sin aumentar notablemente el nivel del mismo, conociéndose esto, con el nombre de Dosis de Repintado o Repintado de Cerca (2).

Las fibras nerviosas del dolor corren por los nervios somáticos viscerales, donde se mezclan con fibras sensitivas y motoras. Todas las fibras sensitivas penetran en la medula espinal y el tallo cerebral a través de las raíces posteriores y ciertos nervios craneales. Las fibras son de dos calibres: una muy delgadas de 2 a 4 nm de diámetro llamadas fibras C, con velocidad de conducción lenta; y otra un poco mas gruesa de 6-8 nm de diámetro, llamadas fibras A delta, con mayor velocidad de transmisión. Conforme la raíz posterior entra en la medula espinal se separa en dos divisiones: medial y lateral(3).

La división medial con una vaina densa de mielina, hace sinapsis con neuronas sensitivas secundarias, grandes en el asta posterior, o con células del asta anterior, o pasan hacia arriba por columnas posteriores hacia el bulbo. La división con poca mielina y no mielínicas, entra en la sustancia gelatinosa, donde hace sinapsis con neuronas del asta posterior y efectúan conexiones reflejas y otras grandes neuronas forman el haz espinotálamico lateral.(3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anatomía del espacio epidural:

El espacio epidural se extiende desde el agujero occipital hasta el hiato sacro y rodea la médula espinal a lo largo de su extensión. Como la médula espinal termina en oposición al borde inferior de L1 o superior de L2, una analgesia epidural suele incluir acceso lumbar, para reducir el riesgo de lesión medular (De Lille 1994).

El espacio epidural contiene al rico plexo venoso vertebral interno, con dos venas longitudinales prominentes que tienen un trayecto paralelo a la región anteroexterna del conducto vertebral. Durante el embarazo estas venas se congestionan como resultado de la congestión de la vena cava inferior por útero grávido. A continuación el plexo forma una derivación entre las venas ilíacas internas y los sistemas intercostal y álgicos

La médula espinal deriva su riego arterial de las arterias espinales anterior y posterior, la mayor que es la arteria anterior situada en la fisura anterior interna y recibe contribuciones de arterias segmentarias las cuales a su vez, derivan de las arterias vertebrales intercostales e ilíacas, las arterias espinales posteriores, las cuales son menores, están situadas posterolateralmente a cada lado de la línea y también derivan su riego de vasos segmentarios a todo lo largo de la extensión de la columna vertebral.

Un catéter epidural puede traumatizar o canular una vena epidural, algunos autores consideran el riesgo remoto de traumatismo arterial. Además de los vasos sanguíneos, el espacio epidural contiene grasa (principalmente la parte posterior) y tiras de tejido conectivo fibroso (4).

Efectos fisiológicos del bloqueo epidural:

El principal sitio de acción de los anestésicos locales epidurales parecen ser los ganglios de las raíces posteriores pero más adelante se produce propagación paravertebral y centripeta (neuroaxil). Las fibras A, B y C, difieren en sus concentraciones bloqueadoras mínimas, no solo como una función del diámetro propio de la fibra. Los estudios realizados también demuestran que los nervios de animales preñadas tienen un aumento en la susceptibilidad a los anestésicos locales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la práctica clínica, el bloqueo simpático (fibras B), acompaña inevitablemente a la iniciación de la analgesia epidural lumbar y en consecuencia deben registrarse las presiones arteriales sistólica y diastólica después de la institución del bloqueo (5).

Anestésicos locales:

Los anestésicos locales son drogas que tienen la propiedad de producir una pérdida de la sensibilidad en un área específica del cuerpo, por inhibición de los procesos de conducción de los tejidos nerviosos periféricos.

En el año de 1943, Løfgren, sintetizó un nuevo tipo de agente anestésico local derivado amida del ácido dietil aminoacético, la lidocaina, iniciándose con esto la era moderna de las drogas con propiedades de anestésico local, ya que tiene la ventaja de no producir reacciones alérgicas o de hipersensibilidad. Con la aparición de la lidocaina, se inició prácticamente el auge de la anestesia locoregional, así como el interés de sintetizar nuevos compuestos con estructura química semejante a la de esta droga. Aparecieron así la mepivacaina, prilocaina, bupivacaina, etidocaina. (6).

En situación de reposo, la membrana celular es prácticamente impermeable al intercambio de iones, pero en el momento en que llega estímulo al nervio, la membrana se hace permeable y los iones de sodio penetran del exterior al interior de la célula nerviosa.

Cuando la célula se encuentra en la fase de polarización máxima, la permeabilidad del sodio disminuye y entonces el potasio intracelular se desplaza al exterior lo que ocasiona el inicio de la repolarización. Estos intercambios iónicos se realizan fundamentalmente por gradientes de concentración, en esta etapa el ion calcio desempeña un papel importante, ya que regula la conductancia del sodio.

Cuando la célula alcanza nuevamente potencial de reposo, la situación que se refiere a las concentraciones de iones, es un exceso de sodio en el interior y de potasio en el exterior. Para establecer las concentraciones de iónicas iniciales se necesita la acción de la llamada bomba de sodio y potasio por medio de la cual el sodio es expulsado de la célula y el potasio reingresa a la misma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Según Convino, la secuencia de eventos que se produce por la acción de los anestésicos locales son:

1. Desplazamiento de los iones de calcio en la superficie de la membrana celular por antagonismo competitivo, siendo ocupados los sitios en los que se encontraba calcio, por los anestésicos locales.
2. Bloqueo de los canales de sodio reduciendo al paso de este ion exterior al interior de la membrana.
3. Disminución de la velocidad de despolarización eléctrica lo que ocasiona que no se alcance el umbral de la excitación por lo que no se producirá el potencial de acción y el resultado será el bloqueo de la conducción nerviosa. (Collins VJ 1989).

El sitio de acción es la membrana celular, disminuyendo o inhibiendo el aumento transitorio de la permeabilidad de las membranas excitables al sodio, producida por una despolarización leve de las membranas. Se debe a su acción directa sobre los canales de sodio voltaje dependiente, a medida que la acción anestésica se desarrolla progresivamente en un nervio, el umbral de excitabilidad eléctrica aumenta en forma gradual, la velocidad de conducción se reduce. Como regla general las fibras nerviosas pequeñas son más susceptibles a la acción de los anestésicos locales que las fibras grandes, la sensibilidad al dolor es casi la modalidad que se pierde primero, seguida a su vez de la sensación al frío, al calor, al tacto y presión profunda (7).

El tiempo de acción del anestésico local es proporcional al tiempo durante el cual esta en contacto con el nervio. En consecuencia los procedimientos que mantienen la droga en el nervio, prolongan el período de anestesia, y esto logra con la aplicación, de algunas sustancias vasoconstrictores, como la adrenalina. (8)

Las acciones farmacológicas de los anestésicos locales afecta la transmisión de la unión neuromuscular al sistema nervioso central, provocan estimulación y depresión posterior, debido a la depresión de la actividad neuronal selectiva de las neuronas inhibitorias. Su sitio primario de acción es el miocardio, donde disminuye la actividad eléctrica, la velocidad de conducción y la fuerza de contracción. Reducen la dilatación arteriolar, estos efectos se observan cuando se observan concentraciones sistémicas elevadas. Relajan el músculo liso vascular y bronquial y deprimen las concentraciones del intestino. Los anestésicos locales con enlace amida son degradados en general por el retículo endoplásmico hepático y las reacciones que comprenden la N-desalquilación y posterior hidrólisis, se une ampliamente a proteínas plasmáticas, en particular a la glucoproteína alfa 1-ácida (9)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se llevo a cabo en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el cual es de tipo longitudinal, prospectivo, cuasi experimental, comparativo, en el cual se evaluó la eficacia de una " dosis de repintado " con lidocaina al 2%, vía peridural, a los 10 minutos de la dosis principal para mejorar la calidad de analgesia, en comparación con la técnica habitual, en pacientes a quienes se les realizo cirugía de abdomen bajo (salpingooclasia bilateral de intervalo) .

Se tomaron a 25 pacientes para el grupo 1 (técnica habitual) y a 25 pacientes para el grupo 2 (técnica de repintado), a quienes se le administró al grupo 1 únicamente la dosis de anestésico local que le correspondía para alcanzar el nivel de difusión necesario para la cirugía, mientras que al grupo 2, además de la dosis inicial correspondiente, se agregó a los 10 minutos de la dosis principal una 1/3 parte de esta, siempre y cuando sus signos vitales se encontraron dentro de parámetros normales, es decir, que no existan cambios por arriba o por abajo del 20% de sus basales, y que el nivel de metámera alcanzado con la primera dosis no sea mayor a T7; para ambos grupos se evaluó el dolor en el momento de la incisión de piel, de tejido celular subcutáneo, músculo, aponeurosis, peritoneo y manipulación de vísceras, mediante la Escala Visual Análoga (EVA); al mismo tiempo se evaluó la Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), Tensión arterial Sistólica (TAS), Tensión Arterial Diastólica (TAD), Presión Arterial Media (PAM), considerando estos valores en el tiempo Basal 0, 10, 25, 60 min.

La información se capturó en computadora, utilizando un procesador de datos de Microsoft Word del paquete de Office 2000. Se realizó estadística descriptiva.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS

Se estudiaron a 50 pacientes, que fueron sometidas a una intervención quirúrgica (Salpingoclasia Bilateral), bajo Bloqueo Peridural Lumbar, de las cuales a 25 se les administró la técnica de Dosis De Repintado, y al resto la técnica habitual; en el Hospital De Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del CMN Siglo XXI.

De las pacientes del grupo 1 (dosis habitual) el promedio de la edad fue de 28 años, con un peso de 79 kgs, TAS basal de 126 mmHg, TAS a los 10 min. De 121 mmHg, TAS a los 25 min. De 118 mmHg y TAS a los 60 min. De 118 mmHg, y en el grupo 2 (dosis de repintado) un promedio de edad de 28 años, peso de 69 kgs, TAS basal de 128 mmHg, TAS a los 10 min. De 115 mmHg, TAS a los 25 min. De 112 mmHg, y una TAS a los 60 min. De 115 mmHg. Ver tabla 1

El nivel de difusión en el grupo 1 (dosis habitual) prevaleció a nivel de T6 en un total de 20 pacientes, constituyendo un 80% y en el grupo 2 (dosis de repintado) prevaleció el nivel de difusión de T5, con un 72%. Ver tabla 3

La calidad de analgesia medido con la EVA, en el grupo 1 (dosis habitual) y grupo 2 (técnica de repintado) prevaleció menor de 1 (24 pacientes- 96%). Ver tabla 4

TABLA 1

Suma de casos de ambos grupos (dosis habitual y técnica de repintado) y promedios de edad, peso, TAS basal, a los 10 min., 25 min. Y a los 60 min.

| TX | | EDAD | PESO | TAS BASAL | TAS10 MIN | TAS25 MIN | TAS60 MIN |
|-------------------------------|------------------------|-------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| DOSIS HABITUAL | Número | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | Media | 28.48 | 79.0000 | 125.60 | 120.80 | 118.00 | 117.60 |
| | Desviación Estandar | 6.45 | 13.7931 | 10.83 | 8.62 | 8.66 | 7.79 |
| DOSIS DE REPINTADO | Número | 25 | 24 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| | Media | 28.32 | 69.2500 | 127.60 | 114.80 | 111.60 | 115.20 |
| | Desviación Estandar | 7.20 | 7.2186 | 11.28 | 7.14 | 8.00 | 8.23 |
| TOTAL | Número | 50 | 49 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| | Media | 28.40 | 74.2245 | 126.60 | 117.80 | 114.80 | 116.40 |
| | Desviación Estandar | 6.77 | 12.0143 | 10.99 | 8.40 | 8.60 | 8.02 |

Fuente: Directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2
Examen De Variables Independientes

| | | t de Students Para Igualdad de Medidas | | |
|------------------|------------------------------|---|-----------|-------------------|
| | | T | Df | Valor de p |
| EDAD | Igualdad de Varianza Asumida | 0.83 | 48 | .934 |
| PESO | Igualdad de Varianza Asumida | 3.081 | 47 | .003 |
| TAS BAS | Igualdad de Varianza Asumida | -.639 | 48 | .526 |
| TAS10 MIN | Igualdad de Varianza Asumida | 2.680 | 48 | .010 |
| TAS25 MIN | Igualdad de Varianza Asumida | 2.714 | 48 | .009 |
| TAS60 MIN | Igualdad de Varianza Asumida | 1.059 | 48 | .295 |

TABLA 3
Nivel de Difusión

| | | NIVEL DE DIFUSIÓN | | | TOTAL |
|------------------------------|---------------------|-------------------|--------|--------|--------|
| | | T5 | T6 | T7 | |
| TX HABITUAL | Número | 1 | 20 | 4 | 25 |
| | % Con el TX | 4.0% | 80.0% | 16.0% | 100.0% |
| | % Nivel de Difusión | 5.3% | 74.1% | 100.0% | 50.0% |
| | % Total | 2.0% | 40.0% | 8.0% | 50.0% |
| TX DOSIS DE REPINTADO | Número | 18 | 7 | | 25 |
| | % Con el TX | 72.0% | 28.0% | | 100.0% |
| | % Nivel de Difusión | 94.7% | 25.9% | | 50.0% |
| | % Total | 36.0% | 14.0% | | 50.0% |
| TOTAL | Número | 19 | 27 | 4 | 50 |
| | % Con el TX | 38.0% | 54.0% | 8.0% | 100.0% |
| | % Nivel de Difusión | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | % Total | 38.0% | 54.0% | 8.0% | 100.0% |

Fuente: Directa

PRUEBA DE CHI - CUADRADA

| | VALOR | df | VALOR DE p |
|-------------------------|---------|----|------------|
| Chi-Cuadrada de Pearson | 25.470a | 2 | .000 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 4
Cantidad De Analgesia

| | | CALIDAD DE ANALGESIA | | TOTAL |
|--------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|
| | | EVA 0 -1 | EVA 2 o > | |
| TX HABITUAL | Cantidad | 24 | 1 | 25 |
| | % de TX | 96.0% | 4.0% | 100.0% |
| | % de Calidad | 50.0% | 50.0% | 50.0% |
| | % Total | 48.0% | 2.0% | 50.0% |
| TX DOSIS DE REPINTADO | Cantidad | 24 | 1 | 25 |
| | % de TX | 96.0% | 4.0% | 100.0% |
| | % de Calidad | 50.0% | 50.0% | 50.0% |
| | % Total | 48.0% | 2.0% | 50.0% |
| TOTAL | Cantidad | 48 | 2 | 50 |
| | % de TX | 96.0% | 4.0% | 100.0% |
| | % de Calidad | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | % Total | 96.0% | 4.0% | 100.0% |

Fuente: Directa

| PRUEBA DE CHI - CUADRADA | | | |
|--------------------------|-------|----|------------|
| | VALOR | df | VALOR DE p |
| Chi-Cuadrada de Pearson | .000 | 1 | 1.000 |

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

DISCUSIÓN

La anestesia regional inducida por la administración peridural de un anestésico local es una práctica común para realización de diversos procedimientos quirúrgicos. En estas condiciones la posibilidad de agregar una dosis subsecuente y aumentar los efectos del anestésico local adquiere relevancia para lograr que la latencia, la intensidad y la duración sean adecuadas a cada uno de los procedimientos, con el mínimo de alteraciones hemodinámicas que frecuentemente se asocian a esta técnica anestésica, como consecuencia del bloqueo de la conducción en vías nerviosas somáticas y autónomas.

En estudios realizados por la Asociación Americana de Anestesiología se ha observado que posterior a la aplicación de la dosis principal de analgésico local a través de cateter peridural si se coloca $1/3$ a $1/4$ parte de esta dosis 10-15 minutos después, mejoraba notablemente la calidad analgésica sin aumentar notablemente el nivel del mismo, conociéndose esto, con el nombre de Dosis de Repintado o Repintado de Cerca.

En la practica clínica, el bloqueo simpático (fibras B), acompaña inevitablemente a la iniciación de la analgesia epidural lumbar y en consecuencia deben registrarse las presiones arteriales sistólica y diastólica después de la institución del bloqueo.

En el estudio que reportamos, no se encontró diferencia alguna entre la técnica habitual y la técnica de repintado, como se menciona en la literatura; hemos considerado como posibles causas de esto, el que por haber sido utilizada en cirugías de abdomen bajo, la dosis inicial fue suficiente para cubrir las necesidades de anestesia requerida, y no se pudo corroborar la mejoría en la calidad de esta con la agregación de la dosis subsecuente (técnica de repintado). Así mismo, hemos podido corroborar en forma experimental, en beneficio de la dosis subsecuente, en cirugías donde existe mayor manipulación de vísceras, como lo son las Histerectomías Abdominales, y consideramos adecuado, en un futuro, llevar a cabo una investigación en este tipo de cirugías.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

CONCLUSIONES

Usualmente se utiliza una dosis de anestésico local para obtener un nivel de anestesia adecuado para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico deseado, sin utilizar una dosis complementaria minutos después; nosotros al llevar a cabo la técnica conocida en la literatura americana como Dosis de Repintado, en un tipo de cirugía específica (O. T. B.), sin encontrar una diferencia significativa con respecto a la técnica habitual, pero consideramos de suma importancia el que en un futuro se pueda continuar este estudio con los estándares establecidos de la técnica para cirugía que requiera un mayor nivel de difusión de la anestesia, y corroborar o descartar el beneficio para el paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

Se recabaran la información necesaria a través de una hoja de recolección de datos, que contendrá lo siguiente:

FOLIO: _____ FECHA: _____
 NOMBRE: _____ AFILIACIÓN: _____
 EDAD: _____ AÑOS PESO: _____ grs

DOSIS PRINCIPAL DE LIDOCAINA SIMPLE 2%: _____

DOSIS DE REPINTADO: _____

NIVEL DE ANALGESIA (DERMATOMA): _____

CALIDAD DE LA ANALGESIA (Escala Visual análoga = 0 -10) _____

- 1.- No Dolor (0)
- 2.- Dolor Leve (1- 4)
- 3.- Dolor Moderado (5 - 7)
- 4.- Dolor severo o insoportable (8 a 10).

| | BASAL | 10 MIN. | 25 MIN. | 60 MIN. |
|------------|-------|---------|---------|---------|
| TA | | | | |
| FC | | | | |
| FR | | | | |
| SAT O2% | | | | |

| | EVA - 0 | EVA 1-1 0 |
|--------------------------|---------|-----------|
| PIEL | | |
| TEJ. CEL. SUBC. | | |
| APONEUROSIS | | |
| MÚSCULO | | |
| PERITONEO | | |
| MANIPULACIÓN VISCERAL | | |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aldrete J. Anestesia peridural. Anestesiología teórica - práctica. 8va ed. México, D.F. : Salvat; 1994. 733 - 754
2. Kets L. Peridural Blockade. 53rd Annual Refresher Course Lectures, Clinical Updates And Basic Science Reviews. Orlando, Florida; 2000. 410 - 425
3. Miller J. Anestesia peridural. Anestesia. 6ta ed. México, D.F.: Doyma 1993. 1675-1676
4. Snel K. Anestesia peridural. Anatomía clínica para anestesiólogos. 2da ed. México, D.F.: Panamericana; 1992. 268-272
5. Harrison P. Anestesia peridural. Anestesia. 12va ed. México. D.F.: La prensa medica Mexicana; 1986. 16-24.
6. Bertram G, Katzung E. Anestésicos Locales. Farmacología básica y clínica. 3ra ed. México, D.F. : Manual Moderno; 1987. 298-304.
7. Goodman y Gilman. Anestésicos Locales. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 7^a ed. México, D.F. : Panamericana; 1986. 157-166.
8. Leighton B. New advances in obstetrics anesthesia. Annual refresher course lectures and clinicals update program. Orlando Florida; 1990. 664-667
9. Peng P. Local and Regional Block In Postoperative Pain Control . Surg Clin North Am Apr 1999. 79(2): 345 - 372

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN