

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN- MANAGUA

Facultad de ciencia medicas

HOSPITAL ESCUELA ROBERTO CALDERON GUTIERREZ



Tesis para optar al título de:

Especialista en Anestesiología y Reanimación

Utilidad de la bupivacaína epidural vrs combinaciones con dos opioides epidurales para la restauración de la función gastrointestinal en cirugía abdominal oncológica con anastomosis un ensayo clínico controlado aleatorizado de eficacia y seguridad en el periodo agosto 2015 a enero 2016.

Dra. Marcela Regina Alvarado Alvarado

Médico residente de III año.

Tutor y asesor metodológico: Dr. Donald Fierro

Medico Anestesiólogo.

RESUMEN

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinita misericordia, porque día a día me permitió estar aquí y me lleno de fortaleza para siempre seguir a delante. Sin el nada sería posible.

A mi Madre pilar fundamental en mi vida, con la cual estoy infinitamente agradecida por todo el apoyo, por siempre creer en mí y estar presente en cada momento de este largo camino alentándome siempre a ser fuerte y lograr mis sueños.

A mi padre por haberme dado la vida y porque siempre que te he necesitado estas ahí para mí.

A mi esposo, por ser mi amigo y compañero en cada momento de este largo caminar, por siempre alentarme, consentirme y apoyarme en todo.

A mis abuelos, que siempre los he tenido de cerca y han sido como unos segundos padre para mí, gracias por inculcarme buenos valores y hacer de mi la persona que hoy soy, mi gratitud hasta el cielo papito.

A mis compañeros y amigos que me acompañaron en la labor diario compartiendo tantas vivencias gracias por su amistad en especial Dra. Bermúdez, Dr. Trejos, Dra Marcia, Evelin Báez, Doña Annet Lowry, Lorena Pérez GRACIAS.

A TODOS mis médicos de Base por todo el conocimiento transmitido atesoro en mi cada consejo.

Y finalmente le agradezco a la persona que no dudo ni un minuto en brindarme su apoyo incondicional para la realización de esta tesis, mi Tutor Dr. Donald Fierro, gracias por su apoyo. Es usted un gran Maestro y amigo gracias por todo.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios por estar siempre presente en mi vida llenándome de bendiciones.

A mi Angelito, regalo de Dios que ilumina mis días, mi motor y fortaleza para alcanzar todas mis metas, mí adorado hijo Marcelo Sebastián.

A mi familia por creer siempre en mí y estar a mi lado en cada momento importante de mi vida.

OPINIÓN DEL TUTOR

INDICE

INTRODUCCION	9
ANTECEDENTES	11
OBJETIVO GENERAL:.....	12
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	13
HIPOTESIS:	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	15
JUSTIFICACION	16
MATERIAL Y METODO	25
DISEÑO METODOLOGICO.....	25
Área de Estudio:	25
Tipo de estudio:	25
Universo:.....	25
Muestra:.....	25
Técnica muestral:	27
Unidad de análisis:.....	27
Criterios de inclusión:.....	28
Criterios de exclusión:.....	28
Detalle del procedimiento:	29
Obtención de la información:	30
Lista de variables:.....	31
Plan de análisis:.....	32
RESULTADOS	33
ANALISIS	38
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFIA	41

ANEXOS	42
CRONOGRAMA.....	43
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	44
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	47

INTRODUCCION

Las cirugías abdominales de tipo oncológico son cirugías que se realizan cada vez más frecuentemente en nuestro centro hospitalario, este tipo de paciente representan para el anestesiólogo un reto si se toma en consideración las diferentes situaciones que se pueden presentar y que de alguna u otra manera causan morbilidad en los pacientes en el posoperatorio inmediato.

Todo paciente sometido a una cirugía abdominal oncológica se debe evaluar en el posoperatorio de manera integral, no solamente evaluar el grado de analgesia sino el restablecimiento adecuado de la fisiología gastrointestinal y el tiempo en que esta retorna a su funcionamiento normal.

El dolor, la parálisis gastrointestinal, las náuseas y vómito posoperatorio son los mayores problemas que se presentan luego de una cirugía abdominal y más comúnmente si se trata de una cirugía oncológica y que de no ser tratados adecuadamente pueden incrementar la morbilidad y repercutir en su recuperación ocasionando prolongamiento en la hospitalización.

Las técnicas de anestesia y analgesia deben centrarse en la reducción del dolor, náuseas y vómitos posoperatorios para contribuir a la prevención de la aparición del íleo posoperatorio, reduciendo la estancia hospitalaria y los costos.

El tratar el dolor se hace necesario e imperioso por parte del médico, por ser su función el manejo integral en su actuar.

En el acto médico se debe tener presente que el hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas.

En la actualidad el dolor agudo posoperatorio persiste como un síntoma de elevada prevalencia. Sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes todavía reciben una analgesia insuficiente. Existen varias técnicas analgésicas para el

control del dolor en el período posquirúrgico inmediato; tanto técnicas regionales, como fármacos intravenosos.

En nuestro país el Hospital Roberto Calderón Gutierrez es uno de los hospitales de referencia nacional para el programa de paciente oncológico, donde cada semana se operan aproximadamente de 3 a 5 casos de cirugías abdominales oncológicas, es por ello que nuestro personal se enfrenta cotidianamente al gran reto de tratar de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

ANTECEDENTES

No hay en nuestro medio estudios que hablen de la utilidad de la bupivacaína epidural para el restablecimiento de la función gastrointestinal adecuada luego de una cirugía abdominal oncológica. Tomando en cuenta que los antecedentes deben de tratarse de poblaciones homogéneas que compartan mismas raza aspectos ambientales culturales y hasta dietético.

Sin embargo existen muchas referencias sobre todo a nivel internacional que sustentan la analgesia epidural con anestésicos locales para el control del dolor agudo posoperatorio, reducción de náuseas y vómitos posoperatorios en cirugías abdominales.

The Cochrane realizó un metanálisis donde estudio Anestésicos locales epidurales versus regímenes de opioides epidurales e intravenosos para la parálisis gastrointestinal náuseas y vómitos posoperatorios y dolor después de una cirugía abdominal. (The Cochrane collaboration, published by John Wiley & Sons, Ltd. 2008).

En Nicaragua los hospitales donde se realizan cirugías oncológicas abdominales son el Hospital Roberto Calderón y el Hospital Berta Calderón Roque. Y hasta el momento no se han realizados estudios acerca de la restauración de la función gastrointestinal con la utilización de la analgesia epidural; lo que hemos observado en el servicio de anestesiología del Hospital Roberto Calderón es que en comparación con los pacientes que no son manejados con catéteres epidurales estos pacientes se benefician ya que presenta mejor control del dolor, menor incidencia de náuseas y vómitos posoperatorios y una recuperación precoz. Esto haciendo una encuesta con el personal médico quirúrgico que les da seguimiento a este tipo de pacientes en el posoperatorio tanto inmediato como tardío.

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar la utilidad de la bupivacaina epidural vrs combinaciones con dos opioides epidurales en la restauración de la función gastrointestinal en cirugía abdominal oncológica con anastomosis en el periodo agosto 2015 a enero 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar a la población del estudio.
2. Comparar los niveles de percepción del dolor en el período posoperatorio en los grupos de estudio.
3. Identificar la incidencia de ilio paralitico y náuseas y vómito postoperatorio en los pacientes sometidos al estudio.
4. Determinar el grado de recuperación posoperatoria.
5. Identificar el tipo de complicaciones posoperatorias relacionadas con los fármacos utilizados.

HIPOTESIS:

HI: La analgesia epidural con bupivacaína es eficaz para el restablecimiento de la función gastrointestinal y reducción del dolor agudo posoperatorio.

Se realizó una exhaustiva búsqueda acerca de estudios que sustentan que con la utilización de anestésicos locales epidurales se logra un adecuado restablecimiento de la función gastrointestinal luego de una cirugía abdominal mayor.

Fuente bibliográfica:

Anestésicos locales epidurales versus regímenes de opioides epidurales para la parálisis gastrointestinal náuseas y vómitos posoperatorios y dolor después de una cirugía abdominal. The Cochrane collaboration, published by John Wiley & Sons, Ltd. 2008.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La recuperación rápida del ílio posoperatorio tiene implicaciones clínicas mayores, como la reducción de la estancia hospitalaria, el discomfort del paciente, y la disminución de la morbilidad por el inicio de la ingesta enteral precoz, hoy en día continua siendo la causa más frecuente de retraso del alta hospitalaria tras la cirugía abdominal. Lo que resulta ser un problema y por ende se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la eficacia y seguridad de la bupivacaína epidural para la restauración de la función gastrointestinal en el posoperatorio en comparación con opioides epidurales en dos regímenes terapéuticos en pacientes sometidos a cirugías abdominales oncológicas con anastomosis?

JUSTIFICACION

Las cirugías abdominales oncológicas son sin duda una de los procedimientos quirúrgicos que frecuentemente se realizan en nuestro centro hospitalario, entre estas las que involucran el sistema gastrointestinal son un reto para los anestesiólogo ya que no solo se debe de lograr un control analgésico eficaz en el posoperatorio sino que también reducir el riesgo de aparición de complicaciones frecuentes en este tipo de cirugías que involucran a la función gastrointestinal adecuada.

La aparición de náuseas y vómitos representan un riesgo de complicaciones graves hemorragia, dehiscencia de las suturas quirúrgicas, alteraciones electrolíticas, fuga de las anastomosis ocasionando un aumento de los costos del procedimiento quirúrgico y un impacto negativo en la calidad percibida por el paciente.

Las técnicas de analgesia epidural confieren a los pacientes múltiples beneficios para el control del dolor posquirúrgico y por ende para la recuperación precoz de los mismos, ya que la ausencia de este representa un estado satisfactorio y de confort que se evalúa en la deambulacion precoz, apertura temprana de la vía oral, menor incidencia de náuseas y vómitos posoperatorios que tienen como resultado una cirugía exitosa.

Nosotros como anestesiólogo podemos intervenir en este eslabón de la recuperación ayudando a la restitución adecuada de la función gastrointestinal con técnicas sencillas como es la analgesia epidural.

Por tanto resulta pertinente y oportuno un estudio que brinde documentación basada en evidencia que podemos mejorar la atención de nuestros pacientes brindando una calidad de vida posoperatoria digna y a su vez reducir complicaciones prevenibles con técnicas sencillas, de bajo costo reduciendo estancias intrahospitalarias prolongadas, reintervenciones quirúrgicas.

MARCO TEORICO

El dolor posoperatorio agudo es una reacción fisiológica compleja a la lesión tisular, distensión visceral o enfermedad. Se trata de una manifestación de las reacciones autonómicas psicológicas y conductuales que resultan de una experiencia molesta, sensorial y emocional indeseada. A menudo los pacientes perciben el dolor posoperatorio como uno de los más ominosos del procedimiento quirúrgico. Históricamente, el tratamiento del dolor posoperatorio ha tenido una baja prioridad para el cirujano, y el anestesiólogo lo debe considerar como una parte sustancial de la experiencia posoperatoria. (4)

El dolor postoperatorio (POP) en la unidad de recuperación pos anestésica (URPA) es frecuente. Es un deber de la comunidad médica brindar las mejores técnicas para evitarlo y para tratarlo de manera adecuada en todos los casos, ya que además de reducir el sufrimiento luego de la cirugía, se sabe que las cuatro primeras horas del POP inmediato son el principal factor de riesgo de dolor persistente en las siguientes 48 horas del POP. (1)

Por otro lado, la reducción en las complicaciones asociadas al dolor POP tales como eventos cardiovasculares y pulmonares se logra iniciando un adecuado control del dolor desde el despertar del paciente. El dolor POP inmediato origina una serie de cambios en el sistema nervioso central que desencadena una reacción en cascada, afectando a diferentes sistemas: respiratorio, cardiocirculatorio, digestivo, endocrino y metabólico. Esta respuesta al estrés quirúrgico va a aumentar la morbilidad postoperatoria, prolongando la estancia y los costos. (1)

El ílio posoperatorio es definido como es definido como la inhibición funcional de la actividad propulsiva del intestino ocurrida después de una cirugía y que se resuelve espontáneamente en 2-3 días. (5)

Se caracteriza por distensión intestinal, falta de ruidos intestinales, acumulación de gas y fluido gastrointestinal; en determinadas circunstancias puede llevar a complicaciones pulmonares, dilatación gástrica aguda y aspiración pulmonar.

Como media afecta 24 horas al intestino delgado, 24-48 horas al estómago y 48-72 horas al colon. (5)

Se considera ílio paralítico o prolongado cuando dura más de 3 días tras la cirugía con relevancia clínica.

La complicación más seria del ílio paralítico es mediada por el aumento de la presión intraabdominal, se encuentra en un 20% de los pacientes críticos y puede llevar a una serie de consecuencias que conducen al fallo multiorgánico. (5)

El aparato digestivo está inervado por los sistemas nerviosos simpático y parasimpático (innervaciones extrínsecas) y por neuronas del sistema nervioso entérico (inervación intrínseca. La interacción entre el control local por parte de neuronas entéricas y la regulación por parte de los sistemas simpático y parasimpático y de las respuestas inmunitarias mucosas permite un control fino de las funciones digestivas. (6)

La inervación simpática del aparato digestivo se lleva a cabo fundamentalmente por parte de fibras adrenérgicas posganglionares.

Las fibras simpáticas posganglionares, cuyos cuerpos celulares se sitúan en los ganglios prevertebrales y paravertebrales, inervan el tracto gastrointestinal. Los plexos celíaco, mesentérico superior e inferior e hipogástrico proporcionan inervación simpática a los diversos segmentos del aparato digestivo. La activación de los nervios simpáticos suele inhibir sus funciones motora y secretora. La mayor parte de las fibras simpáticas no inervan directamente estructuras del tracto gastrointestinal, sino que actúan sobre neuronas de los plexos intraparietales. (6)

Algunas fibras simpáticas vasoconstrictoras inervan directamente los vasos sanguíneos del aparato digestivo, mientras que otras inervan las estructuras glandulares de la pared intestinal.

La estimulación de las aferencias simpáticas al tracto gastrointestinal inhibe la actividad motora de la muscular externa pero estimula la contracción de la muscular de la mucosa y de determinados esfínteres. Los nervios simpáticos no inhiben de manera directa las contracciones de la muscular, ya que son pocas las terminaciones nerviosas simpáticas situadas en la muscular externa. Más bien, los nervios simpáticos actúan sobre los circuitos neuronales del sistema nervioso

entérico, y son estos circuitos los que proporcionan sus aferencias a las células musculares lisas. Los nervios simpáticos pueden reforzar este efecto al reducir el flujo sanguíneo a la muscular externa. Algunas de las fibras que viajan por los nervios simpáticos podrían ser colinérgicas; en cambio, otras liberan neurotransmisores distintos de la acetilcolina. En general, la activación de los nervios simpáticos reduce también la actividad secretora del aparato digestivo. (6) La inervación parasimpática de la mayor parte del tracto digestivo se lleva a cabo a través de las ramas de los nervios vagos.

La inervación parasimpática del tracto gastrointestinal hasta el colon transversal llega por ramas de los nervios vagos. El resto del colon, el recto y el ano reciben fibras parasimpáticas de los nervios pélvicos. Estas fibras parasimpáticas son preganglionares y predominantemente colinérgicas. Otras fibras que viajan con el vago y sus ramas liberan otros transmisores, algunos de los cuales todavía no se han identificado. Las fibras parasimpáticas terminan en su mayor parte sobre las células ganglionares de los plexos intraparietales. A continuación estas células inervan directamente el músculo liso y las células secretoras del tracto gastrointestinal. La excitación de los nervios parasimpáticos suele estimular la actividad motora y secretora del tubo digestivo. Al tener un bloqueo simpático secundario al bloqueo epidural predomina el sistema nervioso parasimpático beneficiando la estimulación de la motilidad gastrointestinal favoreciendo la aparición de la peristalsis. Y la función secretora del tubo digestivo reaparece. (6) La analgesia epidural con anestésicos locales durante la cirugía o en el periodo posoperatorio bloquea los nociceptores aferentes y nervios simpáticos eferentes reduciendo el dolor posoperatorio, los requerimientos de opioides intravenosos; reduciendo así la incidencia de náusea y vómitos posoperatorios, mejorando la motilidad intestinal mediante el bloqueo del arco reflejo espinal. (2)

La fisiopatología del íleo posoperatorio es compleja, la activación de nociceptores aferentes y nervios simpáticos eferentes juegan un rol importante en su aparición de manera que bloqueando estas vías podemos abolir la inhibición de la motilidad gastrointestinal inducida por la cirugía abdominal. (2)

La analgesia epidural posoperatoria consiste en administrar en el espacio epidural, durante el periodo de recuperación posquirúrgico, anestésicos locales –con o sin fármacos coadyuvantes– con el propósito de mantener al individuo libre de dolor.

El manejo del dolor debe ser iniciado con una adecuada valoración. Las escalas más utilizadas en nuestro medio para evaluar el dolor POP en adultos son la escala categórica (dolor leve, moderado ó severo) y las numéricas (verbal o visual análoga). La escala inicia en 0 (ausencia de dolor) hasta 10 (máximo dolor posible). (1)

Cuando el dolor es extremadamente severo y el paciente tiene dificultad para usar escalas se asume como un dolor de 10 y se inicia el rescate analgésico.

El reporte verbal del dolor por parte del paciente es el indicador más importante de su intensidad y la motivación para iniciar la titulación de analgésicos. Es recomendable aplicar la escala más sencilla, de acuerdo al nivel cognitivo o estado de alerta de los pacientes. Para los pacientes con escaso nivel educativo se recomienda usar la escala categórica. (1)

Existen cambios neurológicos, humorales y otros signos como la taquicardia, la hipertensión y la agitación, que deben hacer sospechar la presencia de dolor, siempre que se hayan descartado otros factores que las desencadenan como hipovolemia, arritmias, distensión vesical, ansiedad. El objetivo de la medición del dolor es identificar los casos de dolor moderado a severo y manejarlos con titulación analgésica hasta su reducción a leve. (1)

El dolor posoperatorio es un disparador de estrés, porque activa el sistema nervioso autónomo, y es en varios órganos y sistemas una causa directa de efectos adversos, los cuales finalmente se traducen en morbilidad y mortalidades mayores. La función pulmonar se altera en el paciente con dolor, lo cual produce menor distensibilidad pulmonar, se ven afectados la función diafragmática y los músculos intercostales porque se incrementa su tono, disminuye la capacidad residual funcional y, con ello, aumenta la posibilidad de atelectasia, neumonía y alteraciones en la relación ventilación-perfusión, lo cual resulta en hipoxemia.

A nivel cardiaco aumenta el volumen por minuto, con aumento de consumo miocárdico de oxígeno. En términos metabólicos, hay un estado hipermetabólico como respuesta primaria e inespecífica a la lesión.

La intensidad del dolor posoperatorio depende no sólo de la agresión quirúrgica sino también de una serie de factores, como edad, sexo, características psicológicas (nivel intelectual, ambiente familiar, factores socioculturales, experiencias previas), tipo y localización de la intervención (torácica, abdominal, traumatológica ortopédica), duración de la intervención, tipo y extensión de la incisión, traumatismos quirúrgicos subyacentes, complicaciones relacionadas y técnica anestésica.

Convencionalmente, el dolor se ha tratado con opiodes en forma intermitente, según las necesidades. El manejo del dolor en forma activa implica un gran esfuerzo hacia el objetivo de su alivio, supone una preparación preoperatoria, elección del tratamiento realizado por el paciente; valoración periódica del dolor y el uso de nuevas técnicas como analgesia epidural, bloqueos nerviosos continuos y analgesia controlada por el paciente; el manejo activo del dolor ofrece mayor alivio que el tratamiento convencional.

En la actualidad el dolor agudo postoperatorio persiste como un síntoma de elevada prevalencia; en diferentes países se ha demostrado que entre un 20% y un 70% de los pacientes lo padecen, incluyendo pacientes sometidos a cirugía ambulatoria; se cuenta con una amplia gama de medicamentos, se dispone de mejor tecnología, para poder aplicar técnicas de analgesia multimodal. Sin embargo los pacientes continúan sufriendo dolor en el periodo postoperatorio lo que conlleva a distintos problemas, desde una escasa satisfacción hasta complicaciones asociadas al dolor sin tratamiento.

El bloqueo epidural es uno de los procedimientos más útiles y versátiles de la anestesiología moderna; es único en cuanto a que puede colocarse casi en cualquier nivel de la columna vertebral, y de ahí su flexibilidad en la práctica

clínica. Es más versátil que la anestesia espinal porque permite al médico proporcionar anestesia y analgesia, así como el diagnóstico y tratamiento de Síndromes de enfermedades crónicas. Por otra parte, como puede usarse para complementar la anestesia general, los niveles de esta última no tienen que ser tan profundos y, por ende, la evolución del procedimiento es más estable desde el punto de vista hemodinámico y la recuperación más rápida, además de que el control del dolor posoperatorio es mayor.

La anestesia o la analgesia epidural puede reducir respuestas fisiológicas adversas a la intervención quirúrgica del tipo de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, estrés cardiovascular, degradación de tejido, incremento del índice metabólico, disfunción pulmonar y disfunción del sistema inmunitario. este bloqueo simpático favorece la contractilidad intestinal por predominio

Parasimpático. La anestesia peridural puede acelerar la reaparición del tránsito intestinal tras cirugía digestiva, pues está favorecida la contractilidad intestinal. (7)

Se ha demostrado, por otra parte, que la analgesia epidural torácica disminuye la incidencia de infarto del miocardio y de complicaciones pulmonares posoperatorias, además de que favorece el regreso de la motilidad gastrointestinal sin poner en riesgo líneas de sutura recientes en el tubo digestivo.

La inervación simpática procede de T5 a L1, sirve para disminuir la peristalsis, mantener el tono del esfínter y actúa en contraposición al tono vagal.

La denervación simpática origina un desequilibrio vegetativo con predominio vagal, se observa una hipersecreción digestiva, estimulación del peristaltismo y relajación esfinteriana. (7)

Los efectos beneficiosos propuestos son: disminución del estado de hipercoagulabilidad inducido por la cirugía, aumento en el flujo sanguíneo por la simpatectomía, mejoría de la oxigenación por mayor movilidad y supresión de la respuesta neuroendocrina al estrés quirúrgico.

La bupivacaína, un fármaco sintético, la preparó en 1957 A. F. Ekenstam. Es una amida con peso molecular de 325 y el de la base 288. Su punto de fusión es de 258 °C. La bupivacaína es un compuesto de la anilida con estructura química similar a la mepivacaína. El nombre químico es clorhidrato-2,6 dimetil-anilida del ácido 1-n-butil-DL- piperidina-2 carboxílico, que difiere de la mepivacaína en que el grupo butilo se ha sustituido por uno metilo en el nitrógeno piperidina. Por lo tanto la bupivacaína es un homólogo de la mepivacaína. 1 Con Pm: 298 Pka: 8.1 Ligado a proteínas: 96 % Liposubilidad: 20 Es desalquilada en el hígado afectando el nitrógeno del anillo piperidino. Convirtiéndola en Xilide de pipecolil (PPX) o Desbutil BPV siendo su toxicidad 1/3 de la bupivacaína. Es un fármaco tres a cuatro veces más potente que la lidocaína y ocho veces más potente que la procaina.

La bupivacaína Es una mezcla racémica, de larga acción con mayor latencia. Produce un bloqueo diferencial sensitivo-motor a bajas concentraciones. Es el anestésico local con mayor cardio y neuro toxicidad y mayor dificultad en la reanimación ya que tiene una gran afinidad por los canales de sodio dependientes de voltaje. Sin embargo, después de lidocaína, es el más utilizado. Se utiliza mucho en clínica de dolor.

Es un fármaco tres a cuatro veces más potente que la lidocaína y ocho veces más potente que la procaina.

La dosis para bloqueo nervioso suele utilizarse la solución al 0.5% hasta un volumen de 35 ml que puede aumentarse a 45 ml si se añade adrenalina. Se requiere esta concentración para bloquear nervios grandes y producir un bloqueo motor completo. La solución al 0.25% es satisfactoria para nervios periféricos pequeños. La dosis máxima recomendada es de 200 mg. Si se emplea adrenalina no debe excederse de 250 mg. Esta dosis puede repetirse en tres a cuatro horas, pero la máxima es de 400 mg en 24 horas. 1 La bupivacaína es un anestésico de larga duración que proporciona un efecto analgésico prolongado (habitualmente 8-12 horas, en ocasiones hasta 24 horas).

Un opioide es cualquier sustancia con actividad de tipo morfina que actúa como agonista o antagonista en un receptor opioide. Los opioides pueden ser exógenos o endógenos (como las endorfinas) y pueden ser naturales, derivados o completamente sintéticos. (8)

Los opioides se unen directamente a los receptores opioides en la zona gatillo quimiorreceptora en el área postrema del bulbo raquídeo y estimulan el centro del vómito. Ejercen un efecto secundario al sensibilizar el sistema vestibular. La incidencia de náuseas y vómitos es similar en todos los opioides y parece ser independiente de la vía de administración. (8)

Entre el 5 y el 10% de una dosis de morfina se excreta por la orina sin modificar. El resto básicamente se conjuga en el hígado como morfina-3-glucurónido (del 50 al 75%) y morfina-6-glucurónido (10%), del cual un 90% se excreta por vía renal. La morfina-3-glucurónido es inactiva, pero la morfina-6-glucurónido es aproximadamente 100 veces más potente que la morfina como agonista del receptor m.

MATERIAL Y METODO

DISEÑO METODOLOGICO

Área de Estudio:

Se realiza el estudio en el Hospital Roberto Calderón Gutiérrez en el área de sala de operaciones, posteriormente seguimiento durante 72 horas para los cual se realizaba visita a los pacientes en el área de hospitalización.

Tipo de estudio:

Experimental con un diseño de Ensayo clínico controlado aleatorizado doble ciego.

Universo:

Todo paciente sometido a cirugía abdominal Oncológica en el HRCG.

Muestra:

Tamaño de la muestra: Para determinar el número de individuos necesarios a ser incluidos en el estudio se aplicó la fórmula matemática para ensayos clínicos controlados aleatorizados para establecer el tamaño de la muestra cuando el efecto principal es representado por una variable dicotómica. Esta fórmula se aplicó a través del programa Epidat 3.1:

COMPARACIÓN DE DOS PROPORCIONES

Se pretende comparar si las proporciones son diferentes

Indique número del tipo de test

Tipo de test (1.unilateral u 2.bilateral)	1 UNILATERAL
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Poder estadístico	80%
P ₁ (proporción en el grupo de referencia, placebo, control u tratamiento)	55%
P ₂ (proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención u técnica)	95%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	13

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	16

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_i(1-P_i) + P_c(1-P_c)} \right]^2}{P_i - P_c}$$

$Z_{/2}$: valor de una curva normal para un nivel de significación de 1 lado (para 0.05 = 1.96).

Z_{β} : valor de una curva normal para un nivel de probabilidad de un lado (para 0.20 = 0.84).

P_i : proporción de los que responden en el grupo de estudio (intervención A):
17(según literatura)

P_c : proporción de los que responden en el grupo control (Intervención B): 16
(según literatura.

De manera que se obtiene un total de 16 pacientes por cada grupo obteniendo una muestra de 48 pacientes para el estudio.

Debido a lo anterior se estimó una muestra de 48 pacientes (16 para el grupo de estudio y 16 para el grupo control) ya que este tamaño cumple con los parámetros muestrales descritos.

Técnica muestral:

El muestreo se realizara aleatoriamente asignando a los pacientes en tres grupos, los cuales serán asignados por medio de un sorteo con fichas con los nombres de cada grupo A, B y C elegido al azar. Hasta completar los casos requeridos para la investigación.

Unidad de análisis:

Todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía abdominal oncológica que involucro el sistema gastrointestinal con anastomosis que fueron operados en el área de sala de operaciones del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez a los cuales se les coloco catéter epidural previo al procedimiento para control analgésico posoperatorio.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos.
- Pacientes sometidos a cirugía abdominal en el HRCG. (gastrointestinal mayor, pélvica, oncológica, hepatobiliar).
- Pacientes ASA I, II, III.
- Aceptación del paciente.
- Paciente entre 50 y 70 kg.

Criterios de exclusión:

- Contraindicación para el bloqueo epidural.
- Alergia a los anestésicos locales.
- Rechazo del paciente.
- Pacientes ASA 4 a más.
- Paciente que fallece durante las primeras 72 horas.
- Inestabilidad hemodinámica en el transquirúrgico y posquirúrgico inmediato.
- Paciente con trastornos hidroelectrolíticos.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos.

Detalle del procedimiento:**GRUPO A (EXPERIMENTAL):**

Se le colocara un catéter a nivel del espacio epidural previo a la iniciación de la técnica anestésica decidida por el Medico de Base tratante a través del cual se le administrara bupivacaina 25 mg al 0.25% o bupivacaina 15mg al 0.125% (dosis analgésica) 30 min antes de la terminación del procedimiento quirúrgico y si en la evaluación del dolor posoperatorio según la EVC el paciente presenta dolor moderado a severo se le administrara analgesia de rescate con fármacos sistémicos según individualización de cada caso.

Se solicitó consentimiento informado para la realización del procedimiento, luego se administrara profilaxis antibiótica con cefazolina 1 gr IV, metoclopramida 10 mg IV como profilaxis antiemética, y se le administrará 1mg de midazolam para lograr una sedación ligera. El paciente se monitorizara, luego se colocara en posición sentada o decúbito lateral según la preferencia del médico a cargo del procedimiento con la máxima flexión de la espalda, el mentón apoyado sobre el tórax, según el tipo de cirugía abdominal se decidirá el nivel de la colocación del catéter con una vía de acceso a nivel de la línea media identificando el nivel vertebral donde se puncionará, se infiltra la piel con anestésico local con ayuda de una aguja hipodérmica que se introducirá en el punto medio entre las dos vértebras adyacentes, posteriormente se introducirá la aguja epidural con su estilete en el mismo sitio de punción de la piel se avanza la aguja a través del ligamento supraespinoso hacia el interespinoso punto en el cual la aguja se insertara firmemente a la línea media se extrae el estilete, y se inserta una jeringa para continuar avanzando hasta experimentar la pérdida de la resistencia.

GRUPO B (GRUPO CONTROL)

Se le colocara un catéter a nivel del espacio epidural previo a la iniciación de la técnica anestésica decidida por el Medico de Base tratante a través del cual se le administrara Morfina a razón de 0.04 mg por kilogramo de peso asociado a

bupivacaina 15mg al 0.125% (dosis analgésica) 30 min antes de la terminación del procedimiento quirúrgico y si en la evaluación del dolor posoperatorio según la EVC el paciente presenta dolor moderado a severo se le administrara analgesia de rescate con fármacos sistémicos según individualización de cada caso.

GRUPO C (GRUPO CONTROL)

Se le colocara un catéter a nivel del espacio epidural previo a la iniciación de la técnica anestésica decidida por el Medico de Base tratante a través del cual se le administrara fentanil 100 microgramos asociado a bupivacaina 15mg al 0.125% (dosis analgésica) 30 min antes de la terminación del procedimiento quirúrgico y si en la evaluación del dolor posoperatorio según la EVC el paciente presenta dolor moderado a severo se le administrara analgesia de rescate con fármacos sistémicos según individualización de cada caso.

Obtención de la información:

La obtención de la información se realizó mediante al aplicación de una ficha de recolección de datos previamente elaborada en la cual se consignó todas la variables tomadas en cuenta para la realización del estudio; la cual consta de cinco ítems en la cual se incluye:

Las características generales de los pacientes en estudio, Evolución de la percepción del dolor en el posoperatorio inmediato, Evolución de la función gastrointestinal, Recuperación los pacientes y presencia o no de complicaciones.

Estas fichas fueron llenadas por el personal médico residente asignado en el quirófano en el que se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico, mismo que se encargó de darle seguimiento durante 3 días posterior a la intervención mediante visitas periódicas para administración de dosis analgésicas epidurales subsiguientes y evolución de la restitución de la función gastrointestinal, una vez que se dio seguimiento a los pacientes durante 3 días se retiró el catéter epidural y se documentó presencia o no de complicaciones.

Lista de variables:

➤ Objetivo #1

1. Edad.
2. Sexo.
3. Peso.
4. ASA.
5. RAQ

➤ Objetivo #2

1. EVA

➤ Objetivo #3

1. Nauseas
2. Vomito
3. Íleo metabólico.

➤ Objetivo #4

1. Deambulaci3n.
2. Vía oral.
3. Canalizaci3n de gases.
4. Alta.

➤ Objetivo #5

- 1) Complicaciones posoperatorias.

Plan de análisis:

La información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos de recolección de la información fue procesada en una base de datos en el programa SPSS versión 22.

Estadística Descriptiva.

Para variables cualitativas se elaboraron tablas de frecuencia absoluta y relativa, los datos se presentaron en forma de tablas de contingencia y gráficos de barra.

Estadística Analítica-Inferencia.

Para estimar asociación entre dos variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado(χ^2) y para identificar diferencia significativa entre los grupos de estudio. Se consideró una asociación o diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de P menor a 0.05.

RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el hospital Roberto calderón Gutiérrez en el periodo de agosto 2015 a enero 2016, se estudió utilidad de la bupivacaína epidural vrs combinaciones con dos opioides epidurales para la restauración de la función gastrointestinal en cirugía abdominal oncológica con anastomosis un ensayo clínico controlado aleatorizado de eficacia y seguridad, y se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a la distribución por edad de los pacientes sometidos en el estudio se encontró que los rangos de edad que más prevalecieron fueron el rango de 51 a 60 años con una frecuencia de 15 pacientes equivalentes a 31.2%, seguido del rango mayores de 60 años con una frecuencia de 13 pacientes equivalentes a 27.1%, el rango de edad menos frecuente fue en las edades de 20 a 30 años con una frecuencia de 3 pacientes equivalentes a un 6.3%. en cuanto a el sexo de los pacientes el que predominó fue el sexo femenino (n=27) equivalente a un 56.3% seguido del sexo masculino (n=21) con un 43.8%.

El peso de los pacientes se encontró en el rango de 50 a 70 kg prevaleciendo el rango de 56 a 71 kg con un (n=23) con un porcentaje de 47.9%.

En cuanto a la clasificación del Riesgo anestésico ASA (Asociación americana de anestesiología se encontró que la mayoría de los pacientes se encontraron en clasificación de ASA III con un 64.58% seguido de la clasificación ASA II con un 35.42%.

El riesgo anestésico-quirúrgico que se encontró fue un riesgo alto con un porcentaje de 60.42% y un riesgo intermedio con un 39.58%,

En cuanto a la evaluación en el posquirúrgico inmediato se evaluó la presencia o no de dolor mediante la escala visual análoga del dolor clasificando a los pacientes en las 6 categorías:

Sin dolor: (n=13) de los cuales (n=4) pertenecían a el grupo experimental con anestésico local (bupivacaína), (n=6) al grupo morfina y (n=3) al grupo fentanil lo que equivalió al 27% de los pacientes sin dolor.

Poco dolor: (n=22) de los cuales (n=10) pertenecían al grupo de bupivacaína, (n=3) al grupo de la morfina y (n=9) al grupo fentanil que equivalió a un 45.8% de los pacientes con poco dolor en el posquirúrgico inmediato.

Dolor moderado: (n=13) de los cuales (n=2) eran del el grupo bupivacaina, (n=7) del grupo morfina y (n=4) del grupo fentanil con un 27.08% de los pacientes con dolor moderado. Ningún paciente presento dolor fuerte, muy fuerte o insoportable en el posoperatorio inmediato.

En relación a la evaluación del dolor en el seguimiento que se les dio a los pacientes del estudio se encontró que a las 24 horas del procedimiento quirúrgico (n=21) se encontraban sin dolor y con poco dolor equivalentes a un 23.7% sin dolor y 43.75% con poco dolor, el resto de los pacientes (n=6) se encontraron con dolor moderado que equivalió a 4% de los pacientes a las 24 horas de seguimiento.

En la evaluación del EVA a las 48 horas posoperatorias se encontró que la mayoría de los pacientes se encontraban sin dolor (n=22) y poco dolor(n=25) equivalentes a 45.85 % y 52% respectivamente y (n=1) con dolor moderado, no se encontraron ningún paciente en la categoría de dolor fuerte, muy fuerte o insoportable.

Se evaluó el EVA a las 72 horas posquirúrgicas encontrándose (n=37) 77% sin dolor y (n=11) 22.9% con poco dolor, no se encontraron pacientes con dolor moderado, dolor fuerte. Muy fuerte o insoportable.

En cuanto a la presencia de nauseas en las primeras 24 horas se encontró que (n=33) 68.7% de los pacientes no presentaron náuseas y (n=15) 31.2% si presentaban nauseas, de estos la distribución por grupo de estudio fue la misma.

A las 48 horas se encontró que (n=10) 20.8% de los pacientes presentaron náuseas de los cuales la mayoría se encontró en el grupo de morfina (n=7) 70% de estos, seguido de 20% de los pacientes del grupo fentanil y 10% del grupo de bupivacaína.

A las 72 horas de seguimiento (n=41) 85.4% no tubo náuseas y (n=7) 14.5% si tubo náuseas.

En lo que respecta a la presencia de distensión abdominal se evalúa a las 24 horas encontrándose que solamente un 10.4% (n=5) presento distensión abdominal en las primeras 24 horas. A las 48 horas y 72 horas solamente un paciente presento distensión abdominal el cual pertenecía al grupo de morfina, el resto de los pacientes no tuvieron distensión abdominal a las 48 horas correspondientes al 97.9% de los pacientes del estudio.

En la evaluación de la presencia de vómito a las 24 horas posoperatorias (n=7) 14.5% presentaron vomito en las primeras 24 horas de los cuales (n=5) 71.4% fueron del grupo de morfina. Ningún paciente del grupo de estudio (AL) presento vomito en las primeras 24 horas. 85.4% de los pacientes no presento vomito en este periodo de la evaluación.

A las 48 horas de seguimiento el número de paciente sin vomito fue de (n=44) 91.6% y solamente (n=4) 8.3% presento vómito, siendo estos pacientes del grupo de opioides.

En relación a la evaluación a las 72 horas posoperatorias ninguno de los pacientes presento vomito al momento del seguimiento.

En cuanto a la aparición de la peristalsis en el periodo posoperatorio se encontró que (n=26) recuperaron la peristalsis en las primeras 24 horas que equivalio a un 54.1% de los pacientes, en (n=22) 45.8% de los pacientes la peristalsis estuvo ausente las primeras 24 horas, de los pacientes que presentaron peristalsis en las primeras 24 horas el 42.3 % pertenecían al grupo de estudio (AL). 26.9% al grupo morfina y 30.7% al grupo fentanil.

A las 48 horas posoperatorias (n=47) 97.9% de los pacientes recuperaron su peristalsis, solamente en un paciente se encontró peristalsis ausente a las 48 horas posoperatorias.

El 100% de los pacientes ya había recuperado la peristalsis a las 72 horas.

En cuanto a la deambulación fuera de cama se observó que del grupo de estudio AL a las 24 horas (n=14) 87.5% ya se habían movilizado fuera de cama, el resto de pacientes (n=2) 12.5% se movilizaron fuera de cama a las 48 horas de operados. (P=.000)

En el grupo de estudio de morfina se observó que solamente (n=3) 18.7% de los pacientes deambularon fuera de cama a las 24 horas, (n=11) 68.7% deambularon fuera de cama a las 48 horas posquirúrgicas y (n=2) 12.5% de estos pacientes deambularon fuera de cama a las 72 horas posoperatoria. (p=.000).

En lo que respecta al grupo de estudio fentanil (n=5) 31.25% deambularon fuera de cama a las 24 horas posoperatorias. El resto de pacientes (n=11) 68.75% deambularon fuera de cama a las 48 horas posoperatorias. (p=.000).

El inicio de la vía oral después de la cirugía en el grupo de estudio de AL se dio en (n=11) de forma precoz en las primeras 24 horas lo que equivalió al 68.7% de estos pacientes. Del grupo de estudio de morfina solamente (n=4) 25% iniciaron vía oral de forma precoz y (n=2) del grupo de fentanil la iniciaron de forma precoz lo que equivalió al 12.5%. (p=.002).

En relación al momento en que los pacientes presentaron canalización de gases luego de la intervención se encontró que el 100% de los pacientes del grupo AL presento canalización de gases en las primeras 24 horas. En el grupo de morfina solamente (n=4)25% presentaron canalización de gases en las primeras 24 horas. En lo que respecta al grupo de fentanil se encontró que (n=10) presentaron canalización de gases en las primeras 24 horas posoperatorias correspondiendo esto a un 62.5%.

En relación a la presencia del patrón defecatorio se encontró que (n=7) de los pacientes del grupo de estudio de AL presento un patrón defecatorio en las primeras 24 horas de evaluación. En el grupo de morfina el patrón defecatorio no se encontró presente en ninguno de los pacientes. En lo que respecta al grupo de fentanil se encontró que (n=2) pacientes únicamente presentaron patrón defecatorio presente en las primeras 24 horas.

En lo que respecta a la presencia de complicaciones se encontró que del grupo de AL en el 100% de los pacientes no se registró ninguna complicación. Del grupo de morfina (n=6) pacientes presentaron náusea y vómito como complicación,(n=3) pacientes presentaron hipotensión, (n=2) retención urinarias, (n=2) fuga de anastomosis(n=1) prurito, (n=1) depresión respiratoria (n=1) re intervención quirúrgica. En relación al grupo de fentanil se encontró que (n=6) pacientes presentaron hipotensión, (n=3) pacientes náuseas y vómito y (n=7) no presentaron ninguna complicación.

La dosis epidurales que fueron administradas 3 dosis en el 62.50% de los pacientes y dos dosis en el 37.50% de los pacientes.

En cuanto a los diagnósticos que presentaron los pacientes se encontró que el 33.33% fueron Ca de Gástrico, 20.83% Ca de Recto, 18.75% Ca de colon ,18.75% Ca de páncreas y8.33% reanastomosis de colon por antecedente de ca de colon.

ANALISIS

CONCLUSIONES

- 1) La distribución de los pacientes sometidos en el estudio por edad se encontró más frecuentemente en la década de los cincuenta con una mayor frecuencia en el rango de 51 a 60 años siendo este menos prevalente en las personas jóvenes.
- 2) En relación a la distribución por sexo se observó que el comportamiento fue igual en ambos sexo sin embargo se mostró que un mayor número de pacientes pertenecían al sexo femenino.
- 3) En cuanto a la incidencia de complicaciones como aparición de ílio paralítico náuseas y vómito y distensión abdominal estos fueron más frecuentes en los grupos de estudio de morfina y fentanil.
- 4) La recuperación de los pacientes fue precoz en el grupo de Anestésico local con bupivacaína.
- 5) La presencia de complicaciones se dio mas en los grupos de morfina y fentanil

RECOMENDACIONES

- 1) Implementar la técnica de analgesia epidural a todos los pacientes a los cuales se le realice anastomosis a nivel del sistema gastrointestinal.
- 2) Establecer un protocolo que incluya manejo multimodal del dolor en pacientes oncológico que será sometido a una cirugía abdominal mayor a los cuales se les de seguimiento en las primeras 72 horas posoperatorias en el área del servicio de anestesiología.
- 3) Formación de programas para analgesia posoperatoria de paciente oncológico que es sometido a cirugía abdominal.
- 4) Capacitaciones de forma integral acerca de todos los parámetro a tomar en cuenta en los pacientes que se someten a este tipo de cirugía como presencia de ílio náuseas vómito dolor agudo

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

CRONOGRAMA

1. Fase Exploratoria	Enero 2015 – marzo 2015
2. Formulación del problema	abril 2015
3. Definición de objetivos	mayo 2015
4. Elaboración del marco teórico	mayo 2015
5. Hipótesis	mayo 2015
6. Determinación del universo	mayo 2015- junio2015
7. Operacionalización de variables	junio 2015
8. Elaboración del plan de análisis	junio- julio 2015
9. Elaboración de instrumentos	julio 2015
10. Muestreo	julio 2015
11. Recolección de la información	agosto2015- enero 2016
12. Procesamiento y análisis	enero 2016
13. Discusión de los resultados	enero 2016
14. Conclusiones	enero 2016
15. Recomendaciones	enero 2016

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de los pacientes sometidos en estudio	Años	Discreto
PESO	Peso en kilogramos de los pacientes	Kg	Continua
GENERO	Condición Características que diferencian al hombre de la mujer	Masculino femenino	Nominal
ASA	Clasificación de la asociación americana de anestesiología para determinar el estado preoperatorio de los pacientes según la presencia de determinadas patologías	ASA I ASA II ASA III ASA IV ASA V ASA VI	Discreta
RIESGO QUIRURGICO	Determinación del riesgo quirúrgico según complejidad	GRADO I GRADO II GRADO III	Discreta

		GRADO VI	
	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
ESCALA VISUAL ANALOGA DEL DOLOR	Escala utilizada para la clasificación del dolor según la percepción del paciente mediante la visualización de una tabla	Leve Moderado. Severo	Ordinal

	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
NAUSEAS	Activación del reflejo nauseoso a nivel central debido a un estímulo externo	Si No	Nominal
VOMITO	Presencia de evacuación del contenido gastrointestinal por activación del centro del vomito secundario a un estímulo	Si No	Nominal
ILEO METABOLICO	tránsito intestinal disminuido secundario a una injuria tisular	Si. No	Nominal

	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
DEAMBULACION	Inicio de la deambulación posterior a una intervención quirúrgica	Precoz tardía	Ordinal
VIA ORAL	Inicio de la vía oral posterior a un procedimiento quirúrgico	Precoz tardía	Ordinal
CANALIZACION DE GASES	Expulsión de gases luego de un procedimiento quirúrgicos	Primeras 24 horas 48 horas mayor de 72 horas	Ordinal
ALTA	Egreso del paciente posterior al procedimiento quirúrgico	Menor de 72 horas Mayor de 72 horas	Ordinal
	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
COMPLICACIONES POSOPERATORIA	Aparición de complicaciones secundarias a un procedimiento quirúrgico	Si No	Nominal

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.**

Yo: _____

_____.

Con expediente
numero: _____

Acepto ser incluido en el estudio *utilidad de la bupivacaina epidural vrs combinaciones con dos opioides epidurales para la restauración de la función gastrointestinal en cirugía abdominal oncológica con anastomosis un ensayo clínico controlado aleatorizado de eficacia y seguridad en el periodo agosto 2015 a enero 2016*. Para lo cual se me informa que será colocado previo al inicio de mi intervención un catéter epidural través del cual se me administrara fármacos para controlar el dolor después de la cirugía. El cual se me dejara hasta 3 días posterior al procedimiento luego de lo cual será retirado por el personal médico.

Se me explica que Esta técnica regional es muy segura en la actualidad sin embargo tiene complicaciones como: punción vascular, lesiones nerviosas, neuropatías, toxicidad del SNC.

Acepto que se me administre esta técnica en la forma prescrita para este estudio siendo informado sobre el mismo y sus posibles reacciones adversas el cual será administrado y evaluado por personal capacitado y autorizado por esta institución y los datos obtenidos en este estudio serán utilizados únicamente para esta investigación

Firma
Paciente _____



FICHA DE RECOLECCIÓN.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

I. Características Generales:

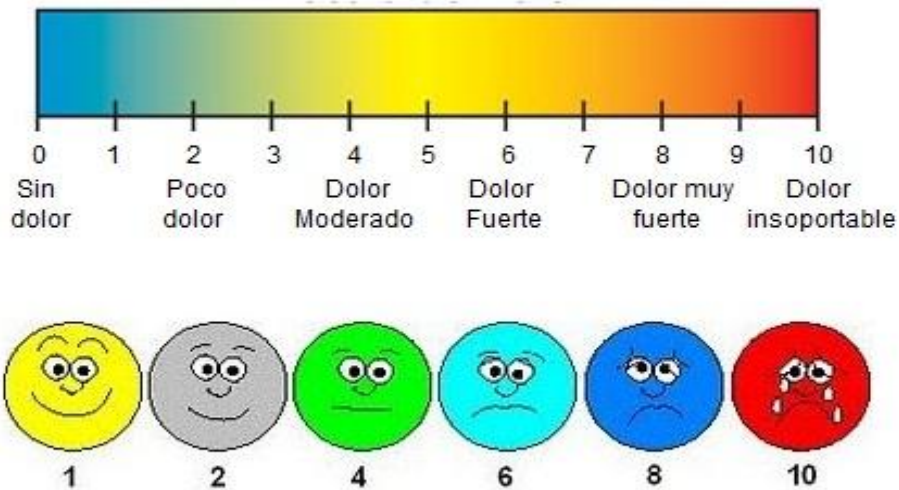
Nombre _____

Edad _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Peso. _____ ASA _____ RAQ _____

II. Percepción del dolor:

Escalas de dolor



Sin dolor____ Poco dolor____ Dolor moderado____ Dolor fuerte____

Dolor muy fuerte____ Dolor insoportable____

Necesidad de analgesia de rescate en el posquirúrgico inmediato_____

Dosis epidurales adicionales 24hrs_____ **48hrs**_____ **72hrs**_____

III. Evolución de la función gastrointestinal.

- **Primeras 24 horas Posquirúrgico:**

- ✓ Náuseas: si____ No____
- ✓ Vómito: si____ No____
- ✓ Distensión Abdominal: si____ no____
- ✓ Peristálsis: presente____ ausente____

- **48 horas posquirúrgica:**

- ✓ Nauseas: si____ No____
- ✓ Vomito: sí____ No____
- ✓ Distensión Abdominal: si____ no____
- ✓ Peristálsis: presente____ ausente____

- **72 horas posquirúrgico o más:**

- ✓ Náuseas: si____ No____
- ✓ Vómito: sí____ No____
- ✓ Distensión Abdominal: si____ no____
- ✓ Peristálsis: presente____ ausente____

IV. Recuperación del paciente:

- Deambulación:

Precoz _____ tardía _____

- Apertura de la vía oral:

precoz _____ tardía _____

- Canalización de gases:

24 horas _____ 48 horas _____ 72 horas o mas _____

- Patron Defecatorio:

Presente _____ alterado _____ ausente _____

- Alta: 72 horas _____ mayor de 72 horas _____

Complicaciones posoperatorias

Depresión Respiratoria si___ no___

Hipotensión: si___ no___

Fugas de las anastomosis: si___ no___

Retención urinaria: si___ no___

Prurito si___ no___

Visión borrosa: si___ no___

Reintervenciones quirúrgicas: si___ no___

Otras_____

TABLAS

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 1

Distribución por Edad en años					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 a 30	3	6.3	6.3	6.3
	31 a 40	5	10.4	10.4	16.7
	41 a 50	12	25.0	25.0	41.7
	51 a 60	15	31.3	31.3	72.9
	60 a mas	13	27.1	27.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA #2

Distribución por Sexo de los pacientes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	21	43.8	43.8	43.8
	FEMENINO	27	56.3	56.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

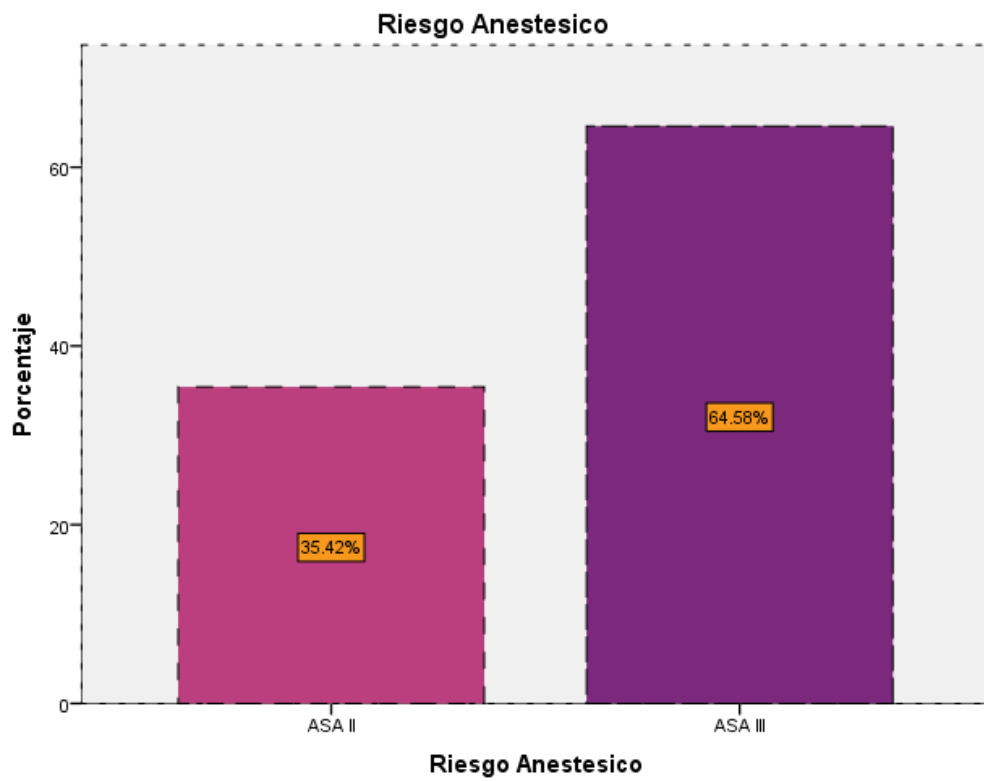
UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 3

Peso de los pacientes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	50-55kg	13	27.1	27.1	27.1
	56-61kg	23	47.9	47.9	75.0
	62-70kg	12	25.0	25.0	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

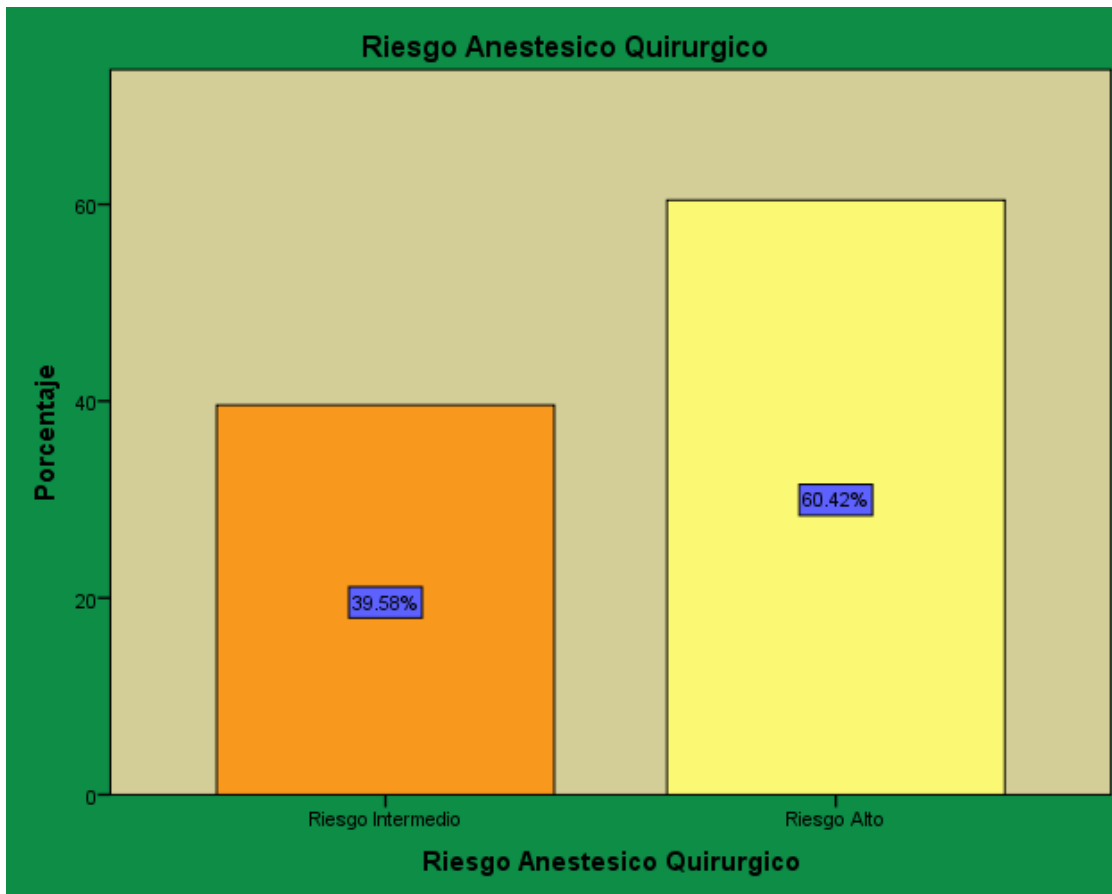
UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

Grafico #1



UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

Grafico # 2



UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 4

Clasificación de la Escala Visual Análoga que presentan los pacientes en el posquirúrgico inmediato según grupo de estudio					
		Clasificación de la Escala Visual Análoga que presentan los pacientes en el posquirúrgico inmediato			Total
		sin dolor	Poco dolor	Dolor Moderado	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A Anestésico local	4	10	2	16
	B Morfina	6	3	7	16
	C Fentanil	3	9	4	16
Total		13	22	13	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7.909 ^a	4	.095
Razón de verosimilitud	8.566	4	.073
N de casos válidos	48		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.33.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA #5

Clasificación de la Escala Visual Análoga que presentan los pacientes a las 24 horas posoperatorias según grupo de estudio					
Recuento					
		Clasificación de la Escala Visual Análoga que presentan los pacientes a las 24 horas posoperatorias			Total
		sin dolor	poco dolor	dolor moderado	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	9	7	0	16
	B	8	4	4	16
	C	4	10	2	16
Total		21	21	6	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8.571 ^a	4	.073
Razón de verosimilitud	10.385	4	.034
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.00.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA #6

Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio*Clasificación de la Escala Visual Analoga que presentan los pacientes a las 48 hrs posoperatorias tabulación cruzada					
Recuento					
		Clasificación de la Escala Visual Analoga que presentan los pacientes a las 48 hrs posoperatorias			Total
		sin dolor	poco dolor	dolor moderado	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	9	7	0	16
	B	8	7	1	16
	C	5	11	0	16
Total		22	25	1	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4.462 ^a	4	.347
Razón de verosimilitud	4.672	4	.323
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .33.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA #7

Clasificación de la Escala Visual Análoga que presentan los pacientes a las 72 horas posoperatorias según grupo de estudio				
Recuento				
		Clasificación de la Escala Visual Análoga que presentan los pacientes a las 72 horas posoperatorias		Total
		sin dolor	poco dolor	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	14	2	16
	B	12	4	16
	C	11	5	16
Total		37	11	48

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.651 ^a	2	.438
Razón de verosimilitud	1.748	2	.417
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.67.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 8

presencia de nauseas en los pacientes en las primeras 24 horas posoperatorias según grupo de estudio				
Recuento				
		presencia de náuseas en los pacientes en las primeras 24 horas posoperatorias		Total
		No presenta Nauseas	Presenta Nauseas	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	11	5	16
	B	11	5	16
	C	11	5	16
Total		33	15	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.000 ^a	2	1.000
Razón de verosimilitud	.000	2	1.000
N de casos válidos	48		
a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.00.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA #9

presencia de nauseas en los pacientes en las 48 horas posoperatorias según grupo de estudio				
Recuento				
		presencia de nauseas en los pacientes en las 48 horas posoperatorias		Total
		Presenta nauseas	No presenta Nauseas	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	1	15	16
	B	7	9	16
	C	2	14	16
Total		10	38	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7.832 ^a	2	.020
Razón de verosimilitud	7.659	2	.022
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.33.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 10

presencia de nauseas en los pacientes a las 72 horas posoperatorias según grupo de estudio				
Recuento				
		presencia de nauseas en los pacientes a las 72 horas posoperatorias		Total
		No presenta nauseas	Presenta nauseas	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	12	4	16
	B	14	2	16
	C	15	1	16
Total		41	7	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.341 ^a	2	.310
Razón de verosimilitud	2.347	2	.309
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.33.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 11

presencia de distensión abdominal en los pacientes durante las primeras 24 horas posoperatorio según grupo de estudio				
Recuento				
		presencia de distensión abdominal en los pacientes durante las primeras 24 horas posoperatorias		Total
		Hay distensión abdominal	No hay Distensión Abdominal	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	0	16	16
	B	5	11	16
	C	0	16	16
Total		5	43	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11.163 ^a	2	.004
Razón de verosimilitud	12.203	2	.002
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.67.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 12

presencia de distensión abdominal en los pacientes a las 48 horas posoperatorias según grupo de estudio				
Recuento				
		presencia de distensión abdominal en los pacientes a las 48 horas posoperatorias		Total
		hay distensión abdominal	no hay distensión abdominal	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	0	16	16
	B	1	15	16
	C	0	16	16
Total		1	47	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.043 ^a	2	.360
Razón de verosimilitud	2.240	2	.326
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .33.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 13

presencia de distensión abdominal en los pacientes a las 72 horas posoperatorias en cada grupo de estudio				
Recuento				
		presencia de distensión abdominal en los pacientes a las 72 horas posoperatorias		Total
		hay distensión abdominal	no hay distensión abdominal	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	0	16	16
	B	1	15	16
	C	0	16	16
Total		1	47	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.043 ^a	2	.360
Razón de verosimilitud	2.240	2	.326
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .33.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA #14

Presencia de vómito en los pacientes durante las primeras 24 horas posoperatorias				
Recuento				
		presencia de vómito en los pacientes durante las primeras 24 horas posoperatorias		Total
		Presento vomito	No presento vomito	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	0	16	16
	B	5	11	16
	C	2	14	16
Total		7	41	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6.355 ^a	2	.042
Razón de verosimilitud	7.948	2	.019
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.33.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 15

Presencia de vómito en los pacientes durante a las 48 horas posoperatorias en cada grupo.				
Recuento				
		presencia de vómito en los pacientes durante a las 48 horas posoperatorias		Total
		presente	ausente	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	0	16	16
	B	2	14	16
	C	2	14	16
Total		4	44	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.182 ^a	2	.336
Razón de verosimilitud	3.423	2	.181
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.33.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 16

Presencia de vómito en los pacientes a las 72 horas posoperatorias en cada grupo			
Recuento			
		presencia de vómito en los pacientes a las 72 horas posoperatorias	Total
		ausente	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	16	16
	B	16	16
	C	16	16
Total		48	48

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 17

Tipo de perístasis que presentan los pacientes en las primeras 24horas según cada grupo.				
Recuento				
		Contracción natural del estómago y de los intestinos que presentan los pacientes en las primeras 24hrs		Total
		presente	ausente	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	11	5	16
	B	7	9	16
	C	8	8	16
Total		26	22	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.182 ^a	2	.336
Razón de verosimilitud	2.223	2	.329
N de casos válidos	48		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.33.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 18

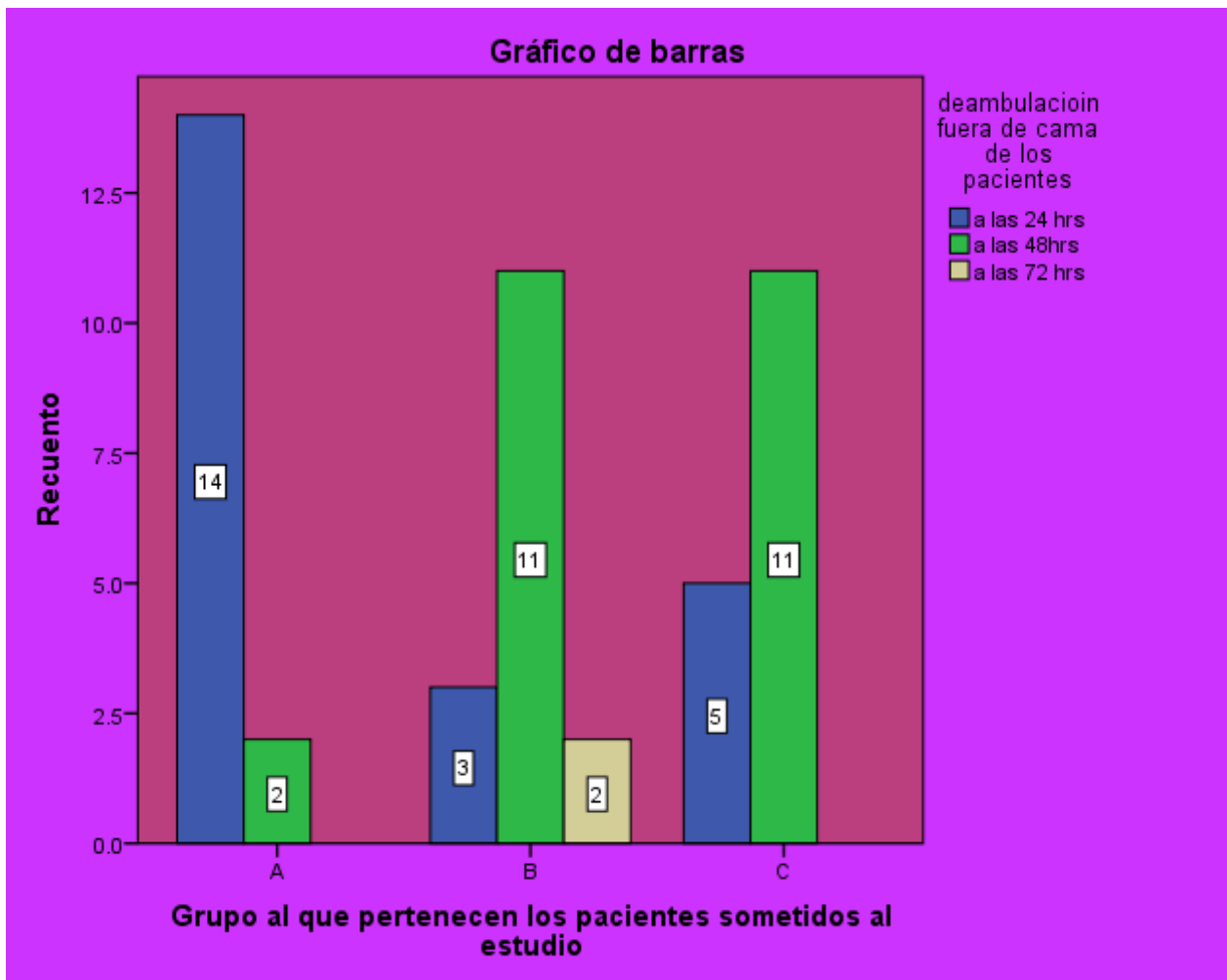
Tipo de peristálsis que presentaron los pacientes a las 48hrs posoperatorias según cada grupo				
Recuento				
		Contracción natural del estómago y de los intestinos que presentan los pacientes a las 48hrs.		Total
		peristálsis presente	peristálsis ausente	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	16	0	16
	B	16	0	16
	C	15	1	16
Total		47	1	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.043 ^a	2	.360
Razón de verosimilitud	2.240	2	.326
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .33.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

GRAFICO # 3

MOMENTO EN QUE SE DIO LA DEAMBULACION FUERA DE CAMA DE LOS PACIENTES SEGÚN CADA GRUPO DE ESTUDIO



Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	20.114 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	21.774	4	.000
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .67.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA # 19

Inicio de la vía oral después de la cirugía según cada grupo de estudio				
Recuento				
		Inicio de la vía oral después de la cirugía		Total
		Precoz	tardía	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	11	5	16
	B	4	12	16
	C	2	14	16
Total		17	31	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12.205 ^a	2	.002
Razón de verosimilitud	12.473	2	.002
N de casos válidos	48		

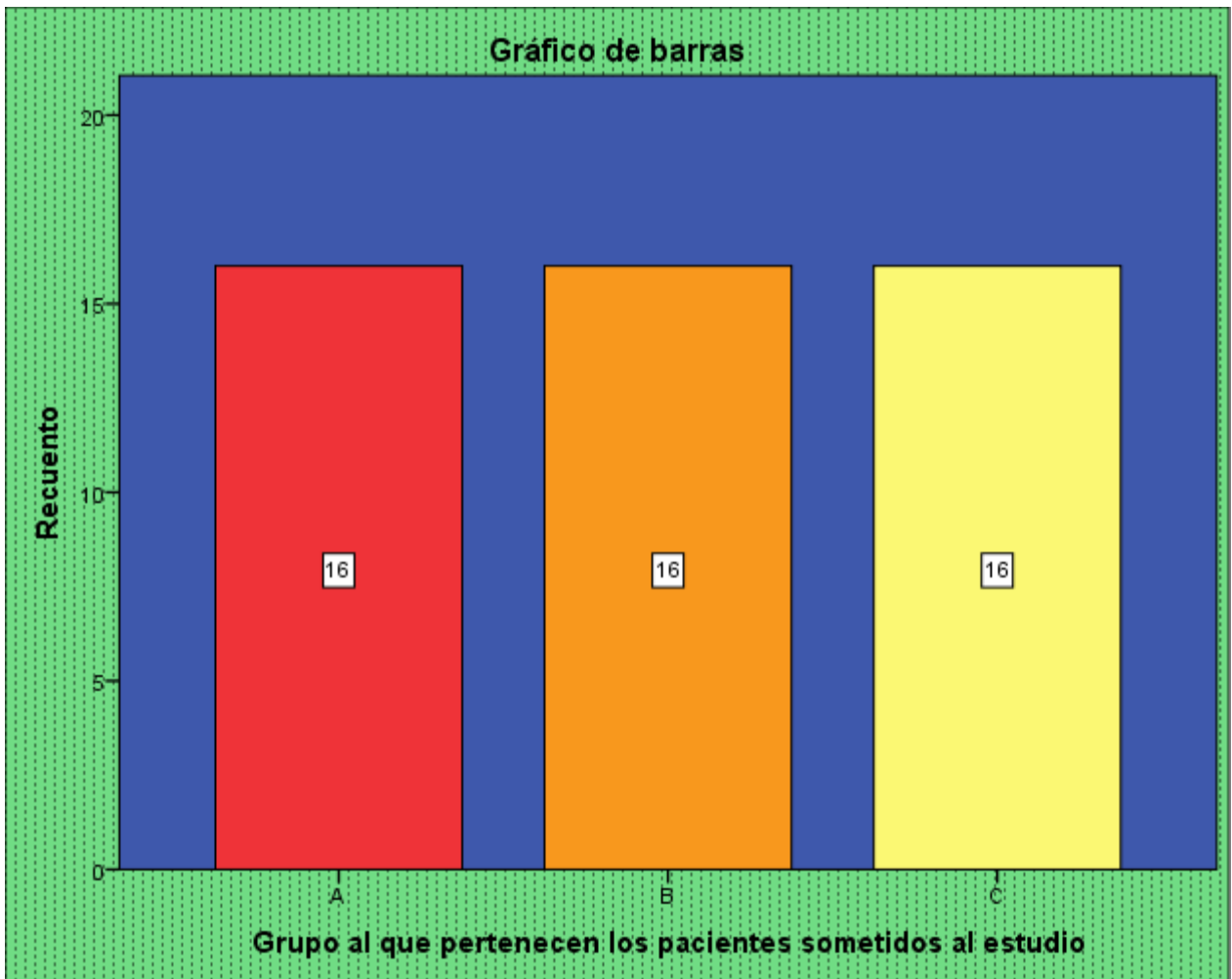
a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento

mínimo esperado es 5.67.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

GRAFICO # 4

PRESENCIA DE PERISTALSIS A LAS 72 HORAS EN LOS PACIENTES SEGÚN CADA GRUPO DE ESTUDIO.



UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

TABLA #20

Inicio de la vía oral después de la cirugía en cada grupo de estudio				
Recuento				
		Inicio de la vía oral después de la cirugía		Total
		Precoz	tardía	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	11	5	16
	B	4	12	16
	C	2	14	16
Total		17	31	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12.205 ^a	2	.002
Razón de verosimilitud	12.473	2	.002
N de casos válidos	48		
a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.67.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016

TABLA # 21

Momento de canalización de gases de los pacientes en el posoperatorio según grupo de paciente estudiado.					
Recuento					
		canalización de gases de los pacientes en el posoperatorio			Total
		24hrs	48hrs	72hrs a mas	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	16	0	0	16
	B	4	9	3	16
	C	10	6	0	16
Total		30	15	3	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	21.600 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	27.069	4	.000
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.00.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016

TABLA # 22

Presencia de un Patrón defeca torio normal en el posoperatorio según grupo de paciente estudiado					
Recuento					
		Patrón defeca torio normal en el posoperatorio			Total
		presente	Ausente	alterado	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	7	9	0	16
	B	0	14	2	16
	C	2	13	1	16
Total		9	36	3	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11.833 ^a	4	.019
Razón de verosimilitud	14.232	4	.007
N de casos válidos	48		
a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.00.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016

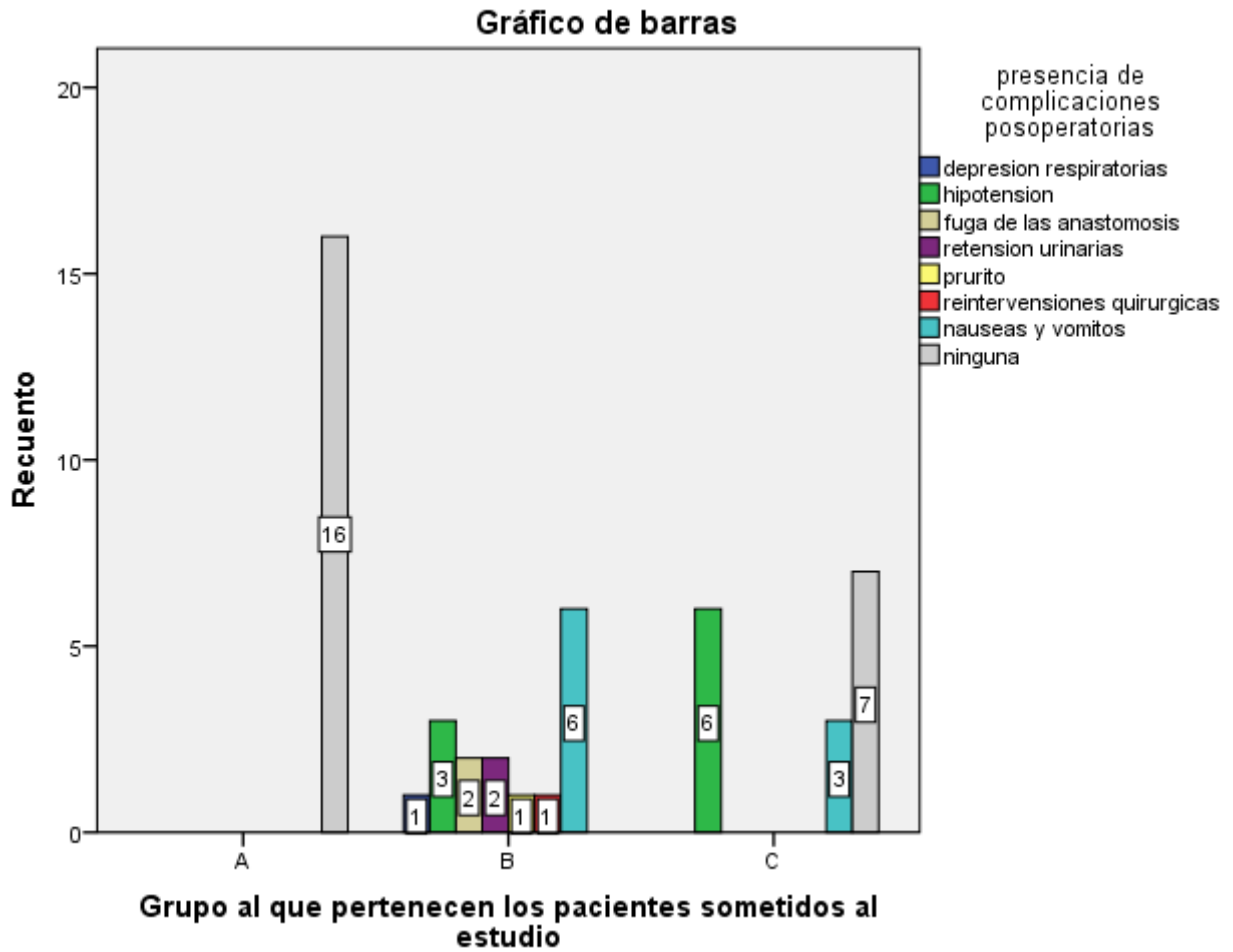
TABLA # 23

Momento de alta de los pacientes luego de la intervención quirúrgica en relación a cada grupo de estudio				
Recuento				
		momento de alta de los pacientes luego de la intervención quirúrgica		Total
		primeras 72 horas	mayor de 72 horas	
Grupo al que pertenecen los pacientes sometidos al estudio	A	3	13	16
	B	0	16	16
	C	2	14	16
Total		5	43	48

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3.126 ^a	2	.210
Razón de verosimilitud	4.579	2	.101
N de casos válidos	48		
a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.67.			

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

GRAFICO #5

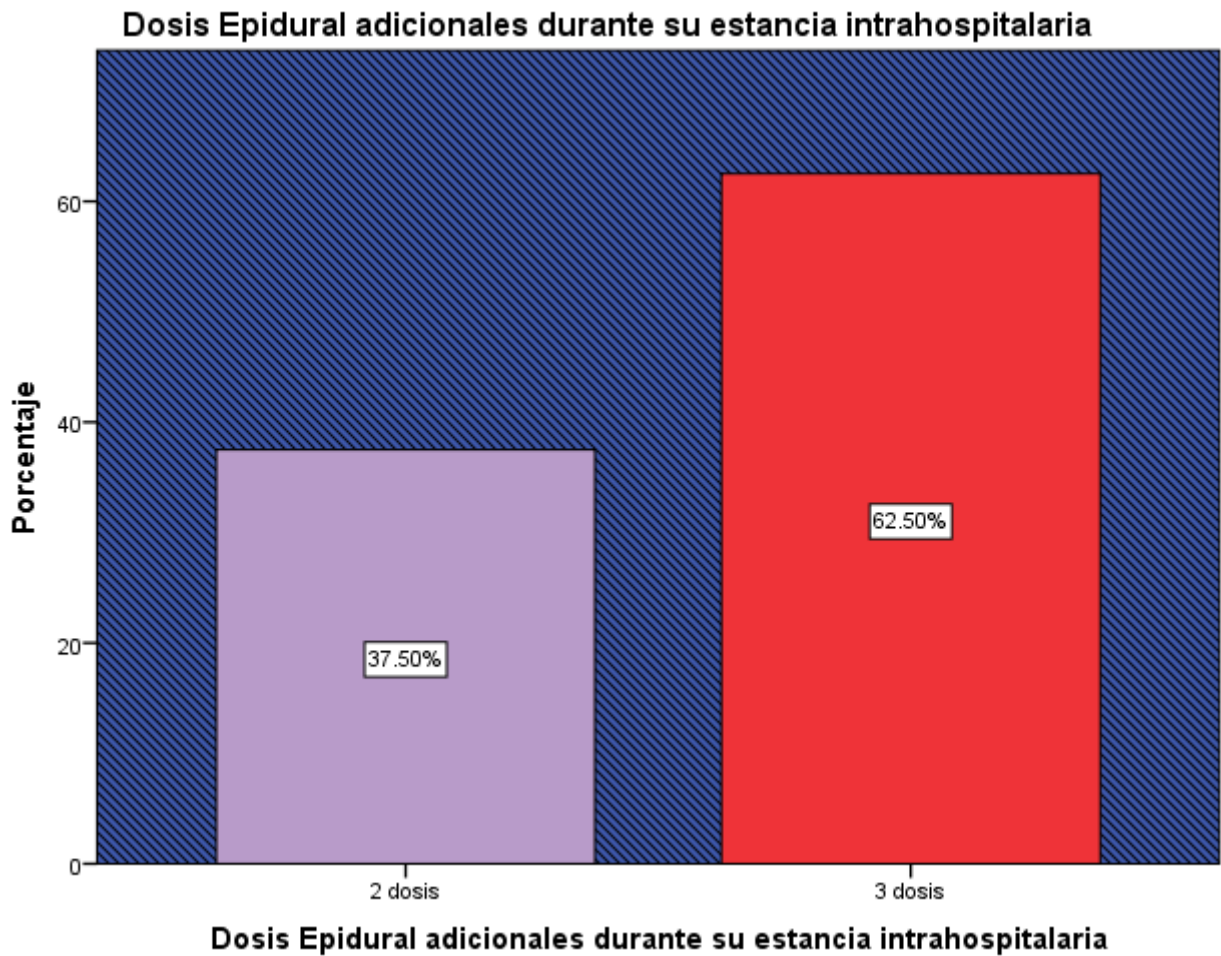


Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	42.783 ^a	14	.000
Razón de verosimilitud	54.285	14	.000
N de casos válidos	48		

a. 21 casillas (87.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .33.

UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

GRAFICO #6



UTILIDAD DE LA BUPIVACAINA EPIDURAL VRS COMBINACIONES CON DOS OPIOIDES EPIDURALES PARA LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL ONCOLÓGICA CON ANASTOMOSIS UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL PERIODO AGOSTO 2015 A ENERO 2016.

GRAFICO #7

