



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE BOLÍVAR

NÚCLEO: BOLÍVAR  
POSTGRADO EN: ANESTESIOLOGÍA.

### ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN

Nosotros: Prof. Ernesto Mathinson, Prof. Daymire Piña y Prof. Lorena Gutiérrez, integrantes del Jurado, designado por la Comisión Coordinador del Postgrado en Anestesiología; para examinar el Trabajo Especial de Investigación Titulada: **ANALGESIA PERIOPERATORIA CON DEXMEDETOMIDINA VERSUS DEXAMETASONA COMO ADYUVANTES DE BLOQUEOS NERVIOSOS PERIFÉRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2024.**, Presentado por la doctora Naiyeitzi José Reyes Sucre, portador de la Cédula de Identidad N° 21.197.824 a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al grado de **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**, hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado al postulante en la presentación del trabajo celebrada hoy, a las 8:00 am en el primer piso, Salón de Medicina II del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez.

### VEREDICTO

REPROBADO		APROBADO	X
-----------	--	----------	---

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que firmamos conjuntamente con el **Coordinador del Postgrado en ANESTESIOLOGÍA** en Ciudad Bolívar a los cuatro (04) días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Jurado Examinador:

DRA. LORENA GUTIÉRREZ (TUTOR) C.I: 21.577.456

Dra. DAYMIRE PIÑA C.I: 14.778.171

Dr. ERNESTO MATHINSON C.I: 5.557.454

Dr. ERNESTO MATHINSON C.I: 5.557.454  
Coordinador del Postgrado de Anestesiología

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POTGRADO  
NÚCLEO BOLÍVAR  
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA

**ANALGESIA PERIOPERATORIA CON  
DEXMEDETOMIDINA VERSUS DEXAMETASONA COMO  
ADYUVANTES DE BLOQUEOS NERVIOSOS PERIFÉRICOS EN  
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA. COMPLEJO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD  
BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2024.**

**Tutor académico:**

Dra. Lorena Gutiérrez

**Trabajo de Grado Presentado por:**

Dra: Reyes Sucre Naiyeitzi José

C.I: 21.197.824

**Como requisito parcial para optar por el título de Especialista en Anestesiología.**

Ciudad Bolívar, noviembre de 2024.

# ÍNDICE

ÍNDICE .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	v
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos .....	16
METODOLOGÍA.....	17
Tipo de estudio .....	17
Universo .....	17
Muestra.....	17
Criterios de inclusión .....	17
Criterios de exclusión.....	18
Procedimientos .....	18
Análisis Estadístico.....	19
RESULTADOS .....	20
Tabla 1.....	20
Tabla 2.....	22
Tabla 3.....	23
Tabla 4.....	25
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

APÉNDICES .....	40
Apéndice A.....	41
Apéndice B .....	42
Apéndice C.....	43
ANEXOS.....	44
Anexo 1 .....	45

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecida con Dios primeramente por todas las bendiciones y alegrías que me ha regalado, y por brindarme la oportunidad de cumplir una meta más.

A mis padres Luisa y Cruz Reyes por la formación y el apoyo incondicional que siempre me han brindado.

A mis hermanos que son mis escudo y fortaleza. Gracias por ser parte de mi vida.

A mi compañero de vida Yeffersson Fajardo por ser mi lugar seguro siempre. Te amo.

A mis suegros Yriangel Somoza y Elvis Navarro que han estado allí siempre apoyándome.

A mis cuñados que me han apoyado en todo momento.

A mi tutora, Dra. Lorena Gutiérrez. Gracias por todo el tiempo, paciencia, consejos, asesorías durante este trabajo y mi formación académica. Sin usted este trabajo no sería lo que es. Gracias por ser mi tutora.

A mis amigos y compañeros de Postgrado Juan, Isabel, Josmily, Ediannys y Stefani. Las personas que vivieron esta experiencia conmigo durante tres maravillosos años.

A los demás residentes que conforman este maravilloso Postgrado. Los quiero mucho.

A todos los Especialistas que conforman parte del Postgrado de Anestesiología, en especial a la Dra. Piña por siempre impulsarnos a ser mejores y dar más de nosotros. Al Dr. Mathinson quien siempre estuvo presente atento a todos los detalles y sobre todo en nuestra formación como Especialistas. Mis demás Especialistas gracias por cada una de sus maravillosas enseñanzas, para ustedes honor y respeto.

A la familia Mata Bastardo por hacerme parte de su familia, gracias infinitas por todo el apoyo que me han brindado en todo este tiempo. Los quiero muchísimo.

A mi amiga Adriani Malpica por siempre estar presente cuando la he necesitado. Gracias amiga.

## DEDICATORIA

A Dios, primeramente, quien ha sido la clave fundamental para alcanzar cada una de mis metas, sin el nada sería posible.

A mi amada Madre, Luisa de Reyes que, aunque ya no esté conmigo, me guía en cada paso que doy, es por ella y para ella cada logro alcanzado. Le doy las gracias a Dios por permitirme ser su hija, soy quien soy gracias a ti mamá. Te amo y te amare todos los días de mi vida, se que desde el cielo cuidas cada uno de mis pasos. Te extraño mucho.

A mi amado padre, Cruz Reyes quien me ha apoyado de manera incondicional, gracias por todos tus consejos, tu amor infinito, tus oraciones. Te amo papá.

A mis hermanos Rubel, Nailenys, Ruth, Nairis, Naibelis, Luis Daniel y Cruzelys por ser parte fundamental en mi vida y carrera universitaria, apoyándome en cada paso y logro alcanzado. Los amo.

A mi compañero de vida Yeffersson Fajardo, quien ha sido mi persona. Quien ha estado en las buenas y malas, apoyándome pase lo que pase. Te amo. Gracias amor.

Agradezco especialmente a mi querida suegra Yriangel Somoza, quien me ha tomado como a una hija, me ha apoyado de manera incondicional. Ha estado orgullosa de la persona en la que me he convertido. Gracias infinitas, por tanto.

A mi suegro Elvis Navarro, quien siempre ha estado para apoyarme en cada paso que doy.

A mis sobrinos que son mi alegría, Paola, Andres, Paulina, Daniel, Fernanda, Jader, Ammi, Geinner, David, Montserrat, Matheo, Lucia y Lucas, los amo inmensamente.

A mis demás familiares por su apoyo y confianza. Los amo.

**ANALGESIA PERIOPERATORIA CON DEXMEDETOMIDINA  
VERSUS DEXAMETASONA COMO ADYUVANTES DE BLOQUEOS  
NERVIOSOS PERIFÉRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD  
BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2024.  
Tutora Dra. Gutiérrez, L. Autora: Dra. Reyes, N.  
2024**

## **RESUMEN**

La adición de adyuvantes como dexmedetomidina, dexametasona, clonidina, buprenorfina, magnesio y midazolam a la analgesia regional prolonga eficazmente la analgesia postoperatoria. Hasta la fecha, los estudios han demostrado que dexmedetomidina y dexametasona son los dos adyuvantes más utilizados para la anestesia regional. **Objetivo:** Comparar la analgesia perioperatoria con dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 70,0% (n=21) fue de sexo femenino; 30,0% (n=9) tenía entre 40-49 años, con una media de 43,20 años y en 26,7% (n=8) de los casos el tipo de cirugía fue colecistectomía. Al evaluar las variaciones en los parámetros hemodinámicos, se encontró que; 36,7% (n=11) tuvo entre 70-79 lpm; 36,7% (n=11) tenía de 90-99 mmHg y 53,3% (n=16) tuvo 99% de saturación de oxígeno. Por último, al realizar la determinación del umbral del dolor, se observó que, a las 4 horas, 80% (n=24) presentó dolor leve. A las 8 horas, 83,3% (n=25) presentó dolor leve. A las 12 horas, 90% (n=27) presentó dolor leve y, a las 48 horas, 83,3% (n=25) presentó dolor leve. **Conclusiones:** Se encontraron pocas variaciones de los parámetros hemodinámicos, así como menor dolor postoperatorio tras la administración de dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

**Palabras clave:** Analgesia postoperatoria, dexametasona, dexmedetomidina, umbral de dolor.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano moderno, y todas las especies progenitoras que lo precedieron, evolucionaron en un entorno de dolor y sufrimiento. Las recientes innovaciones en medicina han permitido el desarrollo de herramientas para mitigar estas poderosas experiencias. Los anestesiólogos han estado a la vanguardia en el desarrollo de tratamientos y sistemas para enfrentar este desafío. El dolor es una entidad heterogénea que requiere una categorización precisa y un tratamiento multimodal dirigido para manejarlo de manera óptima. Los anestesiólogos han desarrollado un sistema mediante el cual la analgesia permite una gran cantidad de cirugías que salvan vidas y han ampliado su papel más allá del entorno perioperatorio. (Gorsky, 2019).

La anestesia regional ha experimentado un renacimiento creciente en las últimas décadas. Esto se debe principalmente a la maduración de las técnicas guiadas por ultrasonido, que han puesto la competencia en técnicas de bloqueo central al alcance de la mayoría de los Anestesiólogos. La ubicuidad del ultrasonido en entornos anestésicos ha contribuido aún más a la mayor accesibilidad de la anestesia regional. (Albrecht y Chin, 2020).

La anestesia regional, se efectúa mayormente a través de procedimientos invasivos, los cuales tienen sus riesgos, que deben ser tomados en cuenta al momento de la elección del tipo de anestesia. Los bloqueos del plano fascial son técnicas de anestesia regional de amplia utilidad en analgesia perioperatoria, en la actualidad son usados en múltiples procedimientos quirúrgicos, y se han apoyado del ultrasonido para una mejor localización de la propagación del anestésico local, con el fin de prevenir posibles daños neuronales durante las ejecuciones del bloqueo (Cavaliere et al., 2023).

La anestesia regional incluye una gama de técnicas con la capacidad de proporcionar un alivio óptimo del dolor, resultando a su vez en una reducción del consumo de opioides y sus posibles efectos secundarios en el paciente (Beaussier et al., 2008).

Otro de los beneficios descritos es la disminución del estrés quirúrgico o la prevención del dolor postoperatorio crónico, siendo estos beneficios significativos, que apoyan su uso sobre generalizado como anestesia regional (Beaussier et al., 2008).

El anestesiólogo tiene la responsabilidad de mantener al paciente en óptimas condiciones durante el estado anestésico, debiendo manejar distintos fármacos para proporcionar una profundidad adecuada de la anestesia, haciendo uso de agentes intravenosos o inhalatorios antes de la instrumentación de la vía aérea. Garantizando la analgesia, hipnosis, amnesia, protección neurovegetativa y un adecuado bloqueo neuromuscular, los cuales son componentes esenciales de una adecuada anestesia (Álvarez, 2017). Se ha demostrado que los bloqueos regionales reducen la inflamación, los niveles plasmáticos de noradrenalina, y mejoran la perfusión tisular al mejorar el flujo sanguíneo periférico, lo que lleva a un aporte de nutrientes esenciales a las heridas en proceso de curación y a los tejidos afectados (Bajracharya et al., 2023).

Los protocolos de cuidados perioperatorios estandarizados y basados en evidencia, conocidos ampliamente como recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés), se han vuelto cada vez más comunes. El uso del bloqueo para la hepatectomía como parte de un protocolo ERAS se asocia con una mejor calidad y un mejor costo de la atención (Thornblade et al., 2018).

Según estudios la perfusión tisular elevada con la anestesia epidural se extiende más allá de los dermatomas afectados por el bloqueo. Además, los bloqueos regionales podrían reducir indirectamente las infecciones al evitar el uso de los opioides, los cuales parecen promoverlas tanto en pacientes quirúrgicos como no quirúrgicos (Bajracharya et al., 2023).

La analgesia multimodal se basa en tratar el dolor sobre una variedad de receptores, más allá de los comúnmente abordados por los opioides, con el fin de que esta sea lo más efectiva y segura posible. Entre los fármacos más usados por el anestesiólogo para reemplazar a los opioides se encuentran los llamados adyuvantes analgésicos, cuya acción principal no es producir analgesia; a pesar de que pueden ser analgésicos por sí mismos, son aquellos que, al ser administrados junto a un opioide, son capaces de potenciar la acción de este. Como se ha mencionado su uso ha mostrado un efecto benéfico en la reducción de la intensidad de dolor postoperatorio y requerimientos anestésicos, con una reducción constante en el uso de morfina y antiinflamatorios no esteroideos postoperatorios (Labrada et al., 2021).

Los anestésicos locales se caracterizan principalmente por limitaciones de tiempo y duración de acción, y dependiendo de la cantidad aplicada, pueden ocurrir efectos adversos sobre el sistema nervioso central y cardíaco. Los adyuvantes son medicamentos que se usan junto con anestésicos locales debido a su efecto sinérgico, es decir, mejoran la latencia de inicio y la duración del bloqueo sensorial y motor y permiten la reducción de la dosis acumulada de anestésicos locales y la reducción de los efectos adversos sobre el sistema nervioso y cardíaco. Hoy en día, existe una gran variedad de medicamentos que se pueden administrar en combinación con anestésicos locales y, en general, se pueden dividir en adyuvantes opioides y no opioides. La administración de opioides en anestesia regional durante un período de tiempo prolongado estuvo acompañada de algunas características negativas como depresión respiratoria, náuseas y vómitos. Por lo tanto, su uso todavía está bajo un control

especial. Debido a los efectos positivos que han demostrado los fármacos del grupo de adyuvantes no opioides (por ejemplo, adrenalina, agonistas alfa adrenérgicos, esteroides, magnesio, midazolam, ketamina, etc.), las indicaciones para su administración se han ampliado (Kalagac, 2022).

La dexmedetomidina, es un fármaco agonista selectivo de los receptores adrenérgicos alfa-2, el cual pertenece al grupo de derivados imidazólicos de carácter lipofílico, con efecto sedante, analgésico y ansiolítico. Químicamente posee una estructura básica imidazólica, con la fórmula molecular  $C_{13}H_{16}N_2$  y peso molecular de 236,7 g/mol. Además, es soluble en agua, cloroformo, etanol, metanol y ácido clorhídrico, precipitando en presencia de hidróxido sódico 0,1 molar. Su principal indicación y utilidad clínica es como fármaco sedante y en la realización de procedimientos; y también como coadyuvante anestésico en cirugía (Farasatinasab et al., 2015; Lundblad et al., 2016).

El uso de alfa-2 agonistas se remonta a mediados del siglo XX con la creación en 1962 de la xilacina, utilizándose como fármaco antihipertensivo en humanos. En décadas posteriores se sintetizaron otros alfa-2 agonistas como la clonidina en 1962, detomidina en 1965, romifidina en 1985 y medetomidina en 1986; todos con mayor afinidad alfa-2. La mayoría de estos fármacos demostraron un efecto sedante significativo, quedando relegados con el tiempo al campo de la veterinaria (Mateos, 2020).

La farmacocinética está influida por múltiples factores como la albuminemia, estado hemodinámico o gasto cardiaco. La dexmedetomidina ha mostrado un efecto dosis-dependiente en el rango terapéutico recomendado, sin haberse descrito efecto tiempo-dependiente; presenta una gran variabilidad en los tiempos de aclaramiento y volumen de distribución. Presenta una alta tasa de unión a proteínas plasmáticas y alfa1-glicoproteína ácida de 94% (Weerink et al., 2017).

La administración se recomienda por vía intravenosa y se han investigado otras vías como intranasal, subcutánea, oral o intratecal. La infusión por vía intravenosa presenta una rápida distribución, con una vida media de 6 minutos y un volumen de distribución entre 1,31-2,46 L/kg dependiendo principalmente del peso del paciente. Por vía subcutánea o intramuscular es rápidamente absorbido, alcanzándose la concentración plasmática máxima por vía intramuscular a las 1,6 a 1,7 horas, con un volumen de distribución de 2,1-2,6 L/kg. Finalmente, la absorción a líquido cefalorraquídeo es rápida, aunque bifásica con unos 30 minutos de desfase entre el pico de concentración en líquido cefalorraquídeo y el momento de máxima disminución de la presión arterial media (Weerink et al., 2017).

En cuanto a su metabolismo, ocurre mediante biotransformación a nivel hepático, con un ratio de extracción hepático de 0,7. Los metabolitos son excretados por vía renal en 95% y 4% por vía fecal, la mayor parte en forma de conjugados glucurónicos y una mínima parte sin modificar. A nivel hepático la Nglucuronidación se realiza por la uridina 5-difosfoglucuronosiltransferasa y la hidroxilación a través de enzimas del citocromo P450 microsomales, principalmente CYP2A6 (Zhang et al., 2015).

La dexmedetomidina presenta gran afinidad por los receptores alfa-2 convirtiéndose en un agonista prácticamente puro de estos receptores. En comparación con la clonidina, la mayor selectividad por los alfa-2 resulta en una menor actividad alfa-1 que presenta efectos contrarios a la acción sedante. El efecto sedante es concentración dependiente, incluso con pequeñas dosis entre 0,2 y 0,3 ng/ml. A dosis suficientemente altas, se consigue una sedación profunda sin posibilidad de despertar en torno a 1,9 ng/mL (Weerink et al., 2017; Grape et al., 2019).

El mecanismo de sedación es común a todos los agonistas alfa-2 adrenérgicos, mediado por la activación a nivel SNC de los receptores pre y post sinápticos en distintos núcleos cerebrales (especialmente en el locus coeruleus), inhibiendo la liberación de noradrenalina que influye en el estado de consciencia y en las vías endógenas de inducción del sueño. Por otro lado, presenta un efecto hipnótico por la estimulación de receptores serotoninérgicos en el hipocampo y locus coeruleus, disminuyendo la transmisión serotoninérgica. También se ha descrito un aumento de la liberación del neurotransmisor GABA que fomenta la inducción del sueño (Keating, 2015).

En cuanto a sus propiedades analgésicas, ha resultado útil en procedimientos endoscópicos a dosis bajas como 0,4 µg/kg, observándose un efecto “techo” a partir de 0,5 µg/kg. Otros estudios han descrito un efecto dosis dependiente en un amplio rango de dosis con concentraciones entre 0,5-8,0 µg/ml. Así mismo, ha demostrado en combinación con fármacos opioides reducir la dosis necesaria de otros analgésicos (Chen et al., 2016).

Al contrario que muchos fármacos anestésicos la dexmedetomidina induce una mínima depresión respiratoria incluso con dosis altas. En estudios en voluntarios sanos, dosis de hasta 19 µg/mL inducían sedación profunda sin afectar la función respiratoria y solo produjo un mínimo aumento de los niveles de CO<sub>2</sub> exhalados (3-4 mmHg). Al contrario que con fármacos opiáceos, benzodiacepinas o propofol, la dexmedetomidina puede administrarse sin un efecto negativo respiratorio en pacientes con riesgo de depresión respiratoria o pendientes de progresión (Gertler et al., 2001).

En otros beneficios, el uso de dexmedetomidina como coadyuvante anestésico y bloqueo nervioso está muy extendido, buscando un efecto aditivo o sinérgico con otros fármacos para disminuir sus requerimientos o buscando efectos específicos

como el simpaticolítico. En ese sentido, se ha descrito el uso de dexmedetomidina vía neuroaxial para el tratamiento del dolor somático y visceral, disminuyendo la intensidad del dolor y la duración de la analgesia. También ha mostrado una reducción del dolor neuropático crónico y del dolor terminal refractario a ketamina, clonidina y lidocaína, mejorando la analgesia y el uso de opiáceos (Elgebaly et al., 2020).

La dexmedetomidina ha irrumpido en el campo de la anestesiología, posicionándose como una alternativa a fármacos habituales como propofol, benzodiacepinas, antipsicóticos u opiáceos, entre otros. En los últimos 20 años ha demostrado su superioridad con respecto a estos fármacos ampliamente conocidos de uso rutinario. Sus propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, con un buen perfil de seguridad, han extendido su uso en múltiples campos de la medicina y el progresivo aumento del número de indicaciones, y su uso frecuente fuera de indicación autorizada, han generado una amplia experiencia acerca de su eficacia y seguridad en múltiples tipos de pacientes (Mateos, 2020).

En relación a la dexametasona, todos los glucocorticoides tienen una estructura esquelética, conformada por una molécula de 21 átomos de carbono, derivado del colesterol, con cuatro anillos, dispuestos en 3 anillos de 6 carbonos y uno de 5 carbonos; los componentes esenciales de la molécula de cortisol responsable de la actividad glucocorticoide y mineralocorticoide, incluye grupos hidroxilo en las posiciones 11, 17 y 21 junto con un grupo ceto en la posición 3 y un enlace doble delta 4-5 (Elgebaly et al., 2020). Los corticosteroides son moléculas liposolubles, por lo que son absorbidas fácilmente en cualquier superficie cutánea o mucosa. Circulan en sangre, en su mayor parte, unidos a proteínas y la fracción libre es la que difunde al interior de las células, ejerciendo su acción. La dexametasona se absorbe rápidamente después de una dosis oral (Jares y Pignataro, 2002).

Las máximas concentraciones plasmáticas se obtienen al cabo de 1-2 horas. La duración de la acción de la dexametasona inyectada depende del modo de la inyección (intravenosa, intramuscular o intraarticular) y de la irrigación del sitio inyectado (Jares y Pignataro, 2002).

Después de una administración sobre la piel, el grado de absorción del producto depende de la integridad de la misma. Aumenta en las zonas lesionadas y es particularmente intensa en los lugares en los que el estrato córneo es más delgado. Después de la administración oftálmica de dexametasona, sólo se produce una mínima absorción sistémica (Davis y Henderson, 2000).

Los glucocorticoides previenen o suprimen las respuestas inmunes e inflamatorias cuando se administran en dosis farmacológicas. Cruzan fácilmente las membranas de las células y se unen a unos receptores citoplasmáticos específicos, induciendo una serie de respuestas que modifican la transcripción y, por tanto, la síntesis de proteínas. Estas respuestas son la inhibición de la infiltración leucocitaria en el lugar de la inflamación, la interferencia con los mediadores de la inflamación y la supresión de las respuestas inmunológicas. La acción antiinflamatoria de los glucocorticoides implica proteínas inhibidoras de la fosfolipasa A2, las llamadas lipocortinas. A su vez, las lipocortinas controlan la biosíntesis de una serie de potentes mediadores de la inflamación como son las prostaglandinas y los leukotrienos. (Richards et al., 2011).

La dexametasona es un glucocorticoide sintético de acción prolongada con marcada actividad antiinflamatoria. Inhibe el proceso inflamatorio de cualquier origen, ya sea químico, mecánico o inmunológico, así como las reacciones de hipersensibilidad mediadas por células. Su actividad glucocorticoide incluye, además, efectos sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, este efecto podría explicarse debido a la acción sobre receptores citoplásmicos específicos

que promueven la síntesis de diversas enzimas. Su potencial antiinflamatorio es unas 25 veces mayor que la del cortisol y seis veces mayor que la de la prednisolona. Los corticoides sintéticos tienen por lo general un mayor efecto glucocorticoide en relación a su efecto mineralocorticoide (Rodríguez, 2015).

Se utiliza de forma frecuente en el perioperatorio, como profilaxis para náuseas y vómitos postoperatorios, y reducción del edema de la vía aérea y cerebral. Puede ser útil en el manejo del dolor agudo y crónico. La administración de dexametasona a dosis superiores de 100 microgramos por kg de peso ha demostrado reducir el consumo de analgésicos opioides y AINES en el postoperatorio de diversas cirugías. Los glucocorticoides han demostrado eficacia para disminuir la fatiga, la respuesta inflamatoria sistémica, mejorar la rehabilitación postoperatoria y disminuir la estancia intrahospitalaria (Cruz, 2019).

Los corticoides como dexametasona o metilprednisolona prolongan la duración de los bloqueos anestésicos del plexo braquial. La dexametasona también potencia el efecto analgésico de la lidocaína en la anestesia regional intravenosa. La dexametasona aplicada vía perineural demostró una prolongación de la analgesia postoperatoria con mínimos eventos adversos, administrada por vía intravenosa ha demostrado prolongar la anestesia regional. (Sánchez et al., 2017).

Su mecanismo de acción no está claramente definido, se cree que disminuye la actividad nociceptiva de las fibras C por un efecto directo sobre receptores glucocorticoides y de canales inhibitorios de potasio; produce un efecto vasoconstrictor local que resulta en una menor absorción de anestésico local o de provocar un efecto antiinflamatorio sistémico posterior a la captación vascular del medicamento (Bollini, 2004; Cruz, 2019).

En la literatura, estudios demuestran que la dexametasona mejora la calidad y la duración del bloqueo sensorial de nervios periféricos en comparación con el anestésico local solo. El uso de la dexametasona como coadyuvante en anestésicos locales de acción prolongada e intermedia prolonga el bloqueo sensorial en aproximadamente 10 horas y 3 horas, respectivamente. Se cree que esto está mediado por la atenuación de la liberación de mediadores inflamatorios, la reducción de la descarga neuronal ectópica y la inhibición de la descarga de fibras C nociceptivas mediada por los canales de potasio (Choi et al., 2014).

Este fármaco ha sido recomendado como coadyuvante para la terapia del dolor de origen oncológico, particularmente cuando hay presencia de edema. Las recomendaciones en dosis apropiadas son variables en los estudios disponibles, pero 4-8 mg en dosis única, o dosis de 0,05-0,5 mg por kilo de peso, se han visto significativas para reducir el dolor postoperatorio y lograr un menor consumo de opiáceos (Alonso, 2015).

Los glucocorticoides son responsables del metabolismo de las proteínas, por lo que un tratamiento prolongado puede ocasionar diversas manifestaciones musculoesquelético como miopatía, mala cicatrización, osteoporosis, fracturas o necrosis avascular de la cabeza del fémur o del húmero (Rodríguez, 2015).

Aunque la dexametasona está prácticamente desprovista de efectos mineralocorticoides, su uso prolongado puede causar retención de fluidos, hipokalemia, hipernatremia, edema e hipertensión, Los síntomas gastrointestinales asociados a un tratamiento prolongado con corticoides incluyen náuseas/vómitos y anorexia con la correspondiente pérdida de peso. También se han comunicado diarrea, constipación, dolor abdominal, úlceras esofágicas, gastritis y pancreatitis, se han comunicado efectos adversos neurológicos durante el tratamiento prolongado con corticosteroides, incluyéndose cefalea, insomnio, vértigo, neuropatía periférica

isquémica, convulsiones y cambios en el EEG. También se han descrito cambios en el comportamiento como depresión, euforia, cambios de personalidad y psicosis. En ocasiones más raras se han comunicado palpitations, taquicardia sinusal, glositis, estomatitis, incontinencia y urgencia urinarias. (Richards et al., 2011).

Los procedimientos quirúrgicos pueden generar dolor moderado a severo, que conlleva a alteraciones importantes en la fisiología y el comportamiento; por lo tanto, es primordial realizar estudios que permitan un manejo analgésico eficiente, prolongado y seguro en pacientes que requieran algún tipo de procedimiento (Cervantes et al., 2023).

En China, Xiong et al., (2021) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados y cuasialeatorizados (ECA) para comparar los efectos de dexmedetomidina y dexametasona cuando se utilizan como adyuvantes de anestésicos locales (AL) en el bloqueo de nervios periféricos (BNP). Se recuperaron 13 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y se reveló que la dexmedetomidina perineural proporcionó una duración analgésica equivalente a la de la dexametasona perineural. Además, la ingesta de dexmedetomidina aumentó la incidencia de analgesia de rescate en cirugía de miembros, así como el consumo acumulado de opioides y disminuyó el tiempo requerido para el inicio de los bloqueos sensoriales y motores ( $p=0,05$ ). Otro análisis reveló una diferencia insignificante entre los 2 grupos en términos de la incidencia de náuseas y vómitos posoperatorios ( $p>0,05$ ).

En Dinamarca, Maagaard et al., (2024) investigaron los efectos de la combinación de dexametasona y dexmedetomidina sobre la duración del bloqueo periférico. Se incluyeron 9 ensayos controlados aleatorizados (ECA) con 14 comparaciones elegibles. La combinación de dexametasona y dexmedetomidina se comparó con placebo en tres ECA ( $n=173$ ), dexametasona en 7 ( $n=569$ ) y

dexmedetomidina en 4 (n=281). La duración de la analgesia probablemente aumentó con la combinación frente a placebo y frente a dexmedetomidina y fue similar con la combinación frente a dexametasona, donde la certeza de la evidencia fue moderada porque la mayoría de los ensayos tuvieron un alto riesgo de sesgo.

En México, Madrigal, (2024) comparó la eficacia y seguridad de la dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes del bloqueo del músculo erector de la columna guiado por ultrasonido, en pacientes sometidas a mastectomía radical unilateral bajo anestesia multimodal, no encontrándose diferencias significativas en las características basales, pero si diferencias significativas de la frecuencia cardíaca del grupo con dexmedetomidina versus dexametasona ( $p=0,0296$ ) y con el grupo control ( $p=0,0109$ ) con presencia de bradicardia transitoria sin repercusiones hemodinámicas o en el estado de consciencia.

En cuanto a la presión arterial, no se observaron diferencias significativas entre los grupos, la dexametasona fue el fármaco con menor variabilidad hemodinámica y se encontraron diferencias significativas para la frecuencia respiratoria en el grupo de dexmedetomidina versus dexametasona ( $p=0,0002$ ) así como en el grupo dexametasona versus control ( $p=0,005$ ) (Madrigal, 2024)

La dexmedetomidina mostro una calidad de analgesia superior comparada con los otros dos grupos evaluados versus dexametasona ( $p=0,114$ ) y versus control ( $p=0,0034$ ). En cuanto a los requerimientos de halogenados y opioides, para halogenados se observaron diferencias significativas respecto al grupo dexmedetomidina versus dexametasona ( $p=0,001$ ) y control ( $p=0,001$ ), no se observaron diferencias en los grupos dexametasona versus control ( $p=1,000$ ) mientras que para los opioides no se encontraron diferencias significativas en los grupos, en la inducción anestésica ni en el mantenimiento anestésico (Madrigal, 2024).

En Chile, Rojas, (2019) evaluó las propiedades analgésicas de la dexmedetomidina al adicionarse a anestésico local en diferentes abordajes de bloqueo de nervio periférico, en términos de calidad de la analgesia obtenida y potenciales complicaciones asociadas, encontrando que, en líneas generales, al utilizar este  $\alpha$ -2 agonista selectivo, la latencia del bloqueo disminuyó 19,16%, aumentó la duración de la analgesia en 60,79% y bloqueo motor en 54,71%; reduciendo además consumo de opioides en 49,54% y anestésicos locales en 52,00%, lo cual se explicaría por un mecanismo de acción intrínseco a nivel perineural.

En Venezuela, la información encontrada en la literatura sobre el tema planteado, es escasa. Por tal motivo, se consideró de gran interés realizar el presente estudio con el objetivo de evaluar la analgesia perioperatoria con dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2024.

## JUSTIFICACIÓN

Un control deficiente del dolor postoperatorio puede producir una serie de efectos agudos y crónicos perjudiciales para el organismo. En comparación con la analgesia intravenosa, las técnicas de anestesia regional no solo proporcionan excelentes efectos analgésicos, sino que también poseen menos efectos secundarios. (Xiong et al., 2021).

El bloqueo de nervios periféricos es actualmente uno de los métodos de anestesia regional más utilizados. Ya sea que se utilice solo o en combinación con anestesia general, puede acelerar la recuperación del paciente, aliviar el dolor postoperatorio y reducir el uso de fármacos intravenosos. Sin embargo, en lo que respecta a los anestésicos locales (AL) actualmente disponibles para el BNP, la duración de la analgesia postoperatoria es un desafío principal, y su efecto a menudo se desvanece antes del pico de dolor postoperatorio (Xiong et al., 2021).

La adición de adyuvantes como dexmedetomidina, dexametasona, clonidina, buprenorfina, magnesio y midazolam a la analgesia regional prolonga eficazmente la analgesia postoperatoria. Hasta la fecha, los estudios han demostrado que dexmedetomidina y dexametasona son los dos adyuvantes más utilizados para la anestesia regional. Pueden prolongar significativamente la duración de la analgesia postoperatoria, reducir la ingesta de opioides y su uso se asocia con un número limitado de efectos secundarios. Sin embargo, existen informes contradictorios con respecto a la eficacia general de los dos aditivos como adyuvantes en la anestesia regional (Maagaard et al., 2024).

En ese sentido, el presente estudio, revisará los puntos relevantes sobre el tema y dará continuidad a futuras investigaciones realizadas en el territorio nacional, con el objetivo de generar una base de datos actualizada sobre la eficacia de la analgesia perioperatoria con dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía con él la finalidad de prevenir la mayor cantidad de complicaciones postoperatorias posibles.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Comparar la analgesia perioperatoria con dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2024.

### **Objetivos específicos**

1. Clasificar a los pacientes sometidos a bloqueo nervioso periférico según edad y sexo.
2. Agrupar a los pacientes según el tipo de cirugía.
3. Establecer los parámetros hemodinámicos (frecuencia cardíaca, presión arterial media y saturación de oxígeno) durante el periodo transoperatorio.
4. Valorar la analgesia postoperatoria mediante la puntuación obtenida en la escala visual analógica a las 4 horas, 8 horas, 12 horas y 48 horas del periodo postoperatorio.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Estudio de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal, de campo, no experimental.

### **Universo**

Conformado por todos los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2024.

### **Muestra**

Conformada por 30 pacientes sometidos a bloqueo nervioso periférico en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2024, que expresaron por escrito su participación voluntaria en la investigación, siguiendo los criterios de inclusión estipulados. Para ello, la muestra fue dividida en dos grupos: grupo 1, constituido por 15 pacientes con mezcla de bupivacaína isobárica 0,25%; 50 mg + dexametasona 4 mg y, grupo 2, constituido por 15 pacientes a quienes se les administró la mezcla de bupivacaína isobárica 0,25%; 50 mg + dexmedetomidina 0,5 µg/Kg.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años a 70 años.
- Pacientes sometidos a bloqueo nervioso periférico.

- Pacientes ASA I, II y III.
- Pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con antecedentes quirúrgicos en esófago, estómago o región superior del abdomen.
- Pacientes con enfermedades neuromusculares.

### **Procedimientos**

Se elaboró una carta dirigida al jefe del Postgrado de Anestesiología Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a entregar a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado en el cual firmaron aceptando su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B). Luego, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que fueron obtenidos de la historia clínica para recoger datos como: edad, sexo, tipo de cirugía, parámetros fueron (frecuencia cardíaca, presión arterial media y saturación de oxígeno). Los datos serán vaciados en una ficha de control diseñada para tal fin (Apéndice C).

El bloqueo nervioso periférico, se realizará según aplique a las necesidades particulares de cada paciente y el tipo de cirugía, dentro de los BNP se realizarán TAP Subcostal, TAP block Bilateral y Erector de la Espina, para efectos de este estudio, la muestra fue dividida en dos grupos. En el grupo 1 se utilizó una mezcla de

bupivacaína isobárica 0,25%; 50 mg + dexametasona 4 mg (1 ml) y un grupo 2, en el cual se utilizó bupivacaína isobárica 0,25%; 50 mg + dexmedetomidina 0,5 µg/kg.

Para la determinación del dolor se hizo uso de la Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo A), la cual permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros y la valoración será: 1) dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3; 2) dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4-7 y, 3) dolor severo si la valoración es igual o superior a 8. En ese estudio, la determinación del dolor se hizo a las 4 horas, 8 horas, 12 horas, 24 horas y 48 horas del periodo postoperatorio.

### **Análisis Estadístico**

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de estos. Para comparar variables se empleó la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) según el caso, con margen de confianza de 95%. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

## RESULTADOS

Tabla 1

**Pacientes sometidos a bloqueo nervioso periférico según edad y sexo. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Julio - octubre 2024.**

Categoría	Grupo	Grupo	Total
	Dexametasona (n=15; 50,0%)	Dexmedetomidina (n=15; 50,0%)	(n=30; 100%)
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexo</b>			
Masculino	5 (33,3)	4 (26,7)	9 (30,0)
Femenino	10 (66,7)	11 (73,3)	21 (70,0)
<b>Edad (años)</b>			
<b>Media</b>	41,33	45,06	43,20
<20	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (3,3)
20-29	3 (20,0)	3 (20,0)	6 (20,0)
30-39	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,7)
40-49	4 (26,7)	5 (33,3)	9 (30,0)
50-59	2 (13,3)	1 (6,7)	3 (10,0)
60-69	2 (13,3)	4 (26,7)	6 (20,0)

**Fuente:** Hoja de recolección de datos

$\chi^2$  con corrección de Yates = 0,57; gl: 1; Test de Fisher: *p*: 0,491 (NS)

$\chi^2$  con corrección de Yates = 0,63; gl: 5; Test de Fisher: *p*: 0,549 (NS)

En la tabla número 1 se puede evidenciar que; 70,0% (n=21), de los pacientes fueron de sexo femenino, seguido del 30,0% (n=9) restante que fue de sexo masculino. En el grupo con dexametasona fueron más frecuentes las mujeres en 66,7% (n=10) y en el grupo con dexmedetomidina en 73,3% (n=11) (*p*=0,491). En cuanto a la edad, fueron más frecuentes los pacientes entre 40-49 años en 30,0% (n=9), seguido de aquellos con 20-29 años, donde se encontró al 20,0% (n=6).

La media de edad de las pacientes que conformaron el grupo con dexametasona fue de 41,33 años y el grupo con dexmedetomidina fue de 45,06 años, para una media total de 43,20 años ( $p=0,633$ ). En ninguno de los casos se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2

**Pacientes sometidos a bloqueo nervioso periférico según tipo de cirugía.  
Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado  
Bolívar. Julio - octubre 2024.**

Tipo de cirugía	Grupo Dexametasona (n=15)	Grupo Dexmedetomidina (n=15)	Total (n=30)
	n (%)	n (%)	n (%)
Colecistectomía abierta	6 (40,0)	2 (13,3)	8 (26,7)
Histerectomía	4 (26,7)	3 (20,0)	7 (23,3)
Apendicectomía	2 (13,3)	1 (6,7)	3 (10,0)
Cesárea segmentaria	0 (0,0)	3 (20,0)	3 (10,0)
Nefrolitotomía	0 (0,0)	2 (13,3)	2 (6,7)
Prostatectomía	1 (6,7)	1 (6,7)	2 (6,7)
Laparotomía exploradora	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,3)
Mastectomía	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (3,3)
Nefrectomía	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,3)
Pielolitotomía	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,3)
Resección de tumor de ovario	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (3,3)

**Fuente:** Hoja de recolección de datos  
 $\chi^2$  con corrección de Yates = 0,89; gl: 10; Test de Fisher:  $p$ : 0,947 (NS)

Al observar la tabla número 2 se puede evidenciar que, según el tipo de cirugía, el 26,7% (n=8) de los casos se trató de colecistectomía abierta, seguido de histerectomías en 23,3% (n=7). En el grupo con dexametasona fueron más frecuentes las colecistectomías en 40,0% (n=6) y en el grupo con dexmedetomidina fue la histerectomía y cesárea segmentaria en 20,0% (n=3), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p=0,947$ ).

Tabla 3

**Pacientes sometidos a bloqueo nervioso periférico según parámetros hemodinámicos. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Julio - octubre 2024.**

Categoría	Grupo Dexametasona (n=15)	Grupo Dexmedetomidina (n=15)	Total (n=30)	Valor <i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>FC (lpm)</b>				
50-59	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,3)	0,717
60-69	3 (20,0)	5 (33,3)	8 (26,7)	
70-79	5 (33,3)	6 (40,0)	11 (36,7)	
80-89	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,7)	
90-99	2 (13,3)	1 (6,7)	3 (10,0)	
≥100	2 (13,3)	0 (0,0)	2 (6,7)	
<b>PAM (mmHg)</b>				
60-69	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,7)	0,528
70-79	4 (26,7)	4 (26,7)	8 (26,7)	
80-89	2 (13,3)	4 (26,7)	6 (20,0)	
90-99	6 (40,0)	5 (33,3)	11 (36,7)	
<b>Sat O<sub>2</sub> (%)</b>				
98	5 (33,3)	3 (20,0)	8 (26,7)	0,992
99	8 (53,3)	8 (53,3)	16 (53,3)	
100	2 (13,3)	4 (26,7)	6 (20,0)	

**Fuente:** Hoja de recolección de datos

En la tabla número 3, al evaluar las variaciones en los parámetros hemodinámicos como la frecuencia cardíaca se encontró que; 36,7% (n=11) tuvo entre 70-79 lpm, seguido de 26,7% (n=8) que tenía entre 60-69 lpm ( $p=0,717$ ). Se observó bradicardia en un paciente perteneciente al grupo con dexmedetomidina (6,7%) y taquicardia sinusal en 2 pacientes perteneciente al grupo con dexametasona (13,3%).

En referencia a la presión arterial media; 36,7% (n=11) tenía de 90-99 mmHg, seguido de 26,7% (n=8) con 70-79 mmHg ( $p=0,528$ ) y, relativo a la saturación de oxígeno; 53,3% (n=16) tuvo 99%, seguido de 26,7% (n=8) con 98% ( $p=0,992$ ). En ninguno de los casos se obtuvieron diferencias significativas entre los dos grupos.

Tabla 4

**Pacientes sometidos a bloqueo nervioso periférico según umbral del dolor.  
Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado  
Bolívar. Julio - octubre 2024.**

Categoría	Grupo Dexametasona (n=15)	Grupo Dexmedetomidina (n=15)	Total (n=30)	Valor <i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>4 horas</b>				
Sin dolor	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,3)	0,966
Leve	12 (80,0)	12 (80,0)	24 (80,0)	
Moderado	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,7)	
Severo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>8 horas</b>				
Sin dolor	2 (13,3)	2 (13,3)	4 (13,3)	0,870
Leve	12 (80,0)	13 (86,7)	25 (83,3)	
Moderado	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	
Severo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>12 horas</b>				
Sin dolor	3 (20,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	0,799
Leve	12 (80,0)	15 (100)	27 (90,0)	
Moderado	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Severo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>48 horas</b>				
Sin dolor	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,7)	0,903
Leve	12 (80,0)	13 (86,7)	25 (83,3)	
Moderado	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Severo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

**Fuente:** Hoja de recolección de datos

En la tabla número 4, al realizar la determinación del umbral del dolor, se observó que, a las 4 horas, 80% (n=24) presentó dolor leve, seguido de dolor moderado en 16,7% (n=5) ( $p=0,966$ ). A las 8 horas, 83,3% (n=25) presentó dolor leve, seguido de pacientes sin dolor en 13,3% (n=4) ( $p=0,870$ ). A las 12 horas, 90% (n=27) presentó dolor leve, seguido de aquellos que no manifestaron dolor en 10,0% (n=3) ( $p=0,799$ ) y, a las 48 horas, 83,3% (n=25) presentó dolor leve y 16,7% (n=5) no presentó dolor ( $p=0,903$ ), sin ningún tipo de diferencia significativa entre ambos grupos de estudio.

## DISCUSIÓN

En la actualidad las investigaciones en cuanto a analgesia, se han concentrado en la exploración de técnicas analgésicas eficaces y seguras, como lo sería los bloqueos del plano interfascial, no solo porque controla el dolor, sino porque mantiene un perfil de efectos secundarios seguros, especialmente cuando se adicionan coadyuvantes a los anestésicos locales, como dexametasona y dexmedetomidina (Reyes, 2022). Con el fin de mejorar la anestesia regional, se ha hecho uso de los adyuvantes, los cuales actúan conjunto con los anestésicos locales de varias maneras: acelerando el inicio del efecto, alargando la duración y mejorando la calidad del bloqueo nervioso, reduciendo la dosis de anestésico local, y en consecuencia los posibles efectos adversos (Rao y Rajan, 2021).

En el presente estudio se observó que la mayoría fueron de sexo femenino, donde en el grupo con dexametasona fueron más frecuentes en 66,7% y en el grupo con dexmedetomidina en 73,3%, lo que difiere con lo expuesto, en Corea, por Lee et al. (2016), quienes evaluaron el efecto de la dexametasona o dexmedetomidina agregada a la ropivacaína en el inicio y la duración de los bloqueos del plexo braquial axilar guiados por ecografía, en el cual la mayoría fue masculino para el grupo de dexametasona con 52,94% y 64,71% de pacientes femeninos en el grupo de dexmedetomidina.

Asimismo, difiere a lo reportado en mayoría de los estudios, como el realizado en la India por Sahu et al. (2023) donde se compararon las características del bloqueo de dexmedetomidina y dexametasona durante el bloqueo del plexo braquial supraclavicular en pacientes sometidos a cirugías de miembros superiores, en el que el grupo que recibió dexmedetomidina en su mayoría fueron masculino en 66% al igual que el de dexametasona con 68%. Margulis et al. (2021) establecieron una

mayoría de pacientes masculinos en 55,9% para el grupo que se le administró dexametasona y 41% para el de dexmedetomidina. Vinod et al. (2020) observaron una mayor proporción masculina en ambos grupos con 55% para el de dexmedetomidina y 57,5% en el de dexametasona, y finalmente, Valles et al. (2024) evidenciaron 65,7% de pacientes de sexo masculino.

Según la edad fueron más frecuentes los pacientes de entre 40-49 años, lo cual difiere con lo expuesto por Vinod et al. (2020) quienes reportaron una mayoría de 45% en el grupo entre los 20-30 años para los que se les administró dexmedetomidina, al igual que para de dexametasona con 47,5% entre los 20-30 años. Mientras que la media de edad de las pacientes que conformaron este estudio fue de 43,2 años, con 41,33 años en el grupo con dexametasona y 45,06 años en el grupo con dexmedetomidina. Vinod et al. (2020) reportaron una media de edad de  $33,02 \pm 9,30$  años para el grupo dexmedetomidina y de  $34,42 \pm 9,84$  años para los de dexametasona y, Valles et al. (2024) una media de edad en el grupo con dexmedetomidina de  $39,9 \pm 9,8$  años.

En India, Kirti et al. (2023) examinaron la eficacia de la dexametasona y la dexmedetomidina como adyuvante de la bupivacaína para prolongar la duración del bloqueo del plexo braquial supraclavicular, observando en el grupo que se aplicó dexametasona una edad media de  $32,50 \pm 10,51$  años, mientras que en el que se usó dexmedetomidina la edad fue de  $33,31 \pm 13,22$  años. Siendo similar a Sahu et al. (2023) donde el grupo tratado con dexmedetomidina tuvo una edad media de  $36,08 \pm 13,360$  años, y el tratado con dexametasona fue de  $35,58 \pm 11,585$  años. Lo expuesto por Margulis et al. (2021) es similar a este estudio con una media de edad de 52 años en el grupo que recibió dexametasona y una media de 54 años en el grupo de dexmedetomidina, al igual que Lee et al. (2016) con una edad media del grupo dexametasona de  $52,8 \pm 11,9$  años y  $50,1 \pm 14,8$  años para el grupo que se le colocó dexmedetomidina.

En cuanto al tipo de cirugía, en 26,7% de los casos se trató de colecistectomía, siendo frecuente en el grupo con dexametasona, mientras que, en el grupo con dexmedetomidina fue la histerectomía y cesárea segmentaria. Lo cual es opuesto a lo descrito en México por Valles et al. (2024), quienes compararon la eficacia analgésica postquirúrgica en la administración intraarticular de ropivacaína con dexmedetomidina versus ropivacaína simple en pacientes intervenidos de artroscopia de rodilla, siendo el procedimiento más frecuente la liberación de retináculo lateral en 31,4% de los casos, mientras que Vinod et al. (2020) reportaron una mayor parte de las cirugías en radio. Por su parte, Mendoza (2021) en México, trabajaron exclusivamente con pacientes sometidos a apendicectomía.

En referencia a los parámetros hemodinámicos se determinó que 36,7% tuvo una frecuencia cardiaca entre 70-79 lpm, observándose bradicardia en un paciente perteneciente al grupo con dexmedetomidina (6,7%) y taquicardia sinusal en 2 pacientes perteneciente al grupo con dexametasona (13,3%). Al evaluar la presión arterial media, fue más frecuente el intervalo de 90-99 mmHg, así como una prevalencia del 99% de saturación de oxígeno. Estos resultados coinciden con lo expuesto en India por Vinod et al. (2020) quienes compararon la eficacia de la dexmedetomidina y la dexametasona cuando se utilizan como adyuvantes de la bupivacaína al 0,25% en el bloqueo supraclavicular; reportando que los parámetros hemodinámicos basales preoperatorios en ambos grupos fueron comparables.

Estos autores establecieron que los parámetros hemodinámicos fueron significativamente bajos en el grupo que recibió dexmedetomidina, dos pacientes desarrollaron bradicardia y dos pacientes desarrollaron hipotensión arterial, ameritando tratamiento. Aun así, los pacientes de ambos grupos permanecieron hemodinámicamente estables durante toda la cirugía y no hubo diferencias significativas en los cambios de saturación de oxígeno entre los dos grupos.

Al aplicar la escala para establecer el umbral de dolor, se observó la presencia de dolor leve a las 4 horas, 8 horas, 12 horas y 48 horas, tras la administración de analgesia perioperatoria. Lo cual coincide con lo expuesto por Sahu et al. (2023) quienes reportaron una puntuación media de la escala visual análoga del dolor significativamente menor en el grupo con dexmedetomidina en comparación con el grupo con dexametasona en las primeras 24 horas, con una media de  $2,98 \pm 0,80$  (dolor leve), seguido de  $3,427 \pm 0,7409$  (dolor moderado).

Por su parte Margulis et al. (2021) en su estudio realizado en EEUU donde compararon la duración analgésica de los efectos de la dexmedetomidina y la dexametasona como adyuvantes de la ropivacaína al 0,5% en bloqueos interescalénicos guiados por ecografía para cirugía artroscópica de hombro en un entorno ambulatorio; demostraron una puntuación media del dolor a las 24 horas de 7 (dolor moderado) para ambos grupos, siendo esto discordante con este trabajo.

Valles et al. (2024) reportaron dolor leve 4 horas con una media de puntuación de  $2,5 \pm 0,3$ ; dolor moderado a las 6 horas con una puntuación de  $3,4 \pm 0,3$ ; a las 12 horas dolor moderado con  $3,1 \pm 0,2$ ; al igual que a las 24 horas dolor moderado con una puntuación de  $3,3 \pm 0,2$ . Mendoza (2021) en México, cotejó la efectividad analgésica de la administración de dexametasona más ropivacaína con la efectividad de la administración de ropivacaína en bloqueo del plano transversal de abdomen para el manejo postoperatorio de pacientes sometidos a apendicectomía, obteniendo puntuaciones que evidencian una analgesia más efectiva en el grupo con dexametasona donde a las 6 horas el puntaje de dicho grupo fue de  $2,37 \pm 0,53$  vs  $3,36 \pm 0,61$ ; para un dolor leve y 24 horas reporta  $3,10 \pm 0,37$  para el grupo con dexametasona en comparación con el ropivacaína sola con  $3,86 \pm 0,47$ , para un dolor moderado.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino y, de entre 40-49 años, con una media de 43,20 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio.
2. La colecistectomía fue el tipo de cirugía más frecuente, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
3. Dentro de las variaciones en los parámetros hemodinámicos, se encontró frecuencia cardíaca de entre 70-79 lpm, presión arterial media de entre 90-99 mmHg y saturación de oxígeno de 99%, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
4. Al realizar la determinación del umbral del dolor, se observó la presencia de dolor leve a las 4 horas, 8 horas, 12 horas y 48 horas, tras la administración de analgesia perioperatoria, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

## RECOMENDACIONES

1. Evaluar los efectos a largo plazo de estos fármacos en la recuperación postoperatoria, la función cognitiva y la calidad de vida.
2. Comparar el costo total asociado a cada fármaco, considerando tanto los costos directos (medicamentos, procedimientos) como los indirectos (días de hospitalización, pérdida de productividad).
3. Explorar la posibilidad de combinar dexmedetomidina y dexametasona, o con otros adyuvantes, para obtener un efecto analgésico aún mayor.
4. Monitorear la aparición de efectos secundarios raros o a largo plazo asociados con el uso de estos fármacos.
5. Comparar el perfil de seguridad de la dexmedetomidina y la dexametasona, prestando especial atención a efectos como sedación, hipotensión y alteraciones endocrinas.
6. Evaluar la eficacia y seguridad de estos fármacos en pacientes pediátricos.
7. Investigar si estos adyuvantes pueden mejorar la recuperación y disminuir la necesidad de analgesia postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso A. Aspectos farmacológicos y clínicos de los glucocorticoides [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.clinicaecomusculo.com.pe/wpcontent/uploads/2019/04/Aspectos-Farmacol%C3%B3gicos-yCl%C3%ADnicos-de-los-Glucocorticoides.pdf>.
- Albrecht E, Chin KJ. Advances in regional anaesthesia and acute pain management: a narrative review. *Anaesthesia*. 2020 ;75 Suppl 1: e101-e110.
- Álvarez, J. Fármacos adyuvantes para disminuir la respuesta adrenérgica en la laringoscopia convencional. *Anest. Méx.* 2017; 29(1):15-23.
- Bajracharya, G., Esa, W., Mao, G., Leung, S., Cohen, B., Maheshwari, K. et al. regional analgesia and surgical site infections after colorectal surgery: a retrospective cohort analysis. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2023; 73(1):10–15.
- Beaussier, M., Atchabahian, A., Dufeu, N. Regional anesthesia and the perioperative period: basis and principles. *Reg. Anesth. Pain. Med.* 2008; 12(4):171-177.
- Bollini C. Revisión anatómica del plexo braquial. *Rev Arg Anest.* 2004; 62(6):386-398.

- Cavaliere, F., Allegri, M., Apan, A., Brazzi, L., Carassiti, M., Cohen, E., et al. A year in review in *Minerva Anestesiologica* 2022: anesthesia, analgesia, and perioperative medicine. *Minerva Anesthesiol.* 2023;89(3):239-52.
- Cervantes, M., Cartagena, P., Moreno, D. y Ramírez, R. Evaluación de dexmedetomidina y dexametasona como analgésicos adyuvantes en el bloqueo de los nervios ciático y femoral con levobupivacaína para cirugía de rodilla en perros. *Rev Investig Vet Perú.* 2023; 34(5): e24792.
- Cruz J. Dosis única preoperatoria de Dexametasona para dolor postoperatorio en cirugía de miembros pélvicos [Internet] [Tesis]. Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina. Región Veracruz.; 2019 [citado 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/1944/49238>.
- Chen, C., Huang, P., Lai, L., Luo, C., Ge, M. Dexmedetomidine improves gastrointestinal motility after laparoscopic resection of colorectal cancer: A randomized clinical trial. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95: e4295.
- Choi S, Rodseth R, McCartney CJL. Effects of dexamethasone as a local anaesthetic adjuvant for brachial plexus block: a systematic review and metaanalysis of randomized trials. *Br J Anaesth.* 2014; 112(3):427-439
- Davis P, Henderson D. Intravenous dexamethasone for extubation of newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 2: 000308.

- Elgebaly, A., Fathy, S., Sallam, A., Elbarbary, Y. Cardioprotective effects of propofol dexmedetomidine in open-heart surgery: A prospective double-blind study. *Ann Card Anaesth*, 2020; 23:134-141.
- Farasatinasab, M., Kouчек, M., Sistanizad, M., Goharani, R., Miri, M., Solouki, M., et al. A Randomized Placebo-controlled Trial of Clonidine Impact on Sedation of Mechanically Ventilated ICU Patients. *Iran J Pharm Res*. 2015; 14:167-175.
- Gertler, R., Brown, H., Mitchell, D., Silvius, E. Dexmedetomidine: a novel sedative-analgesic agent. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2001; 14 (1): 13-21.
- Grape, S., Kirkham, K., Frauenknecht, J., Albrecht, E. Intra-operative analgesia with remifentanyl vs. dexmedetomidine: a systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Anaesthesia*. 2019; 74:793-800.
- Gorsky K. An Evolution of Suffering: Anesthesiology's Contribution to Pain Management. *J Anesth Hist*. 2019;5(4):138-140.
- Jares E, Pignataro, O. Mecanismos moleculares de acción de los corticoides. *AAIC Rev*. 2002; 33 (1): 9-18.
- Kalagac Fabris L. Pro and contra on adjuvants to neuroaxial anesthesia and peripheral nerve blocks. *Acta Clin Croat*. 2022;61(Suppl 2):57-66.
- Keating, G. Dexmedetomidine: A Review of Its Use for Sedation in the Intensive Care Setting. *Drugs*. 2015; 75:1119-1130.

- Kirti, S., Kumar, V., Kumar; K. Comparative Study of Dexamethasone and Dexmedetomidine as Adjuvants to Bupivacaine in Supraclavicular Brachial Plexus Block in Upper Limb Surgeries. *Int J of Pharm Res.* 2023; 15(8); 1643-1647.
- Labrada, A., Rodríguez, G., Massip, J. Sulfato de magnesio como ahorrador de opioides en cirugía mayor abdominal. *Rev Cubana Anestesiología y Reanimación.* 2021; 20(3): e784.
- Lee, M., Koo, D., Choi. Y., Lee, K., Kim, H. Dexamethasone or Dexmedetomidine as Local Anesthetic Adjuvants for Ultrasound-guided Axillary Brachial Plexus Blocks with Nerve Stimulation. *Korean J Pain.* 2016;29(1):29-33.
- Lundblad, M., Trifa, M., Kaabachi, O., Khalifa, S., Ben, A, Engelhardt T., et al. Alpha-2 adrenoceptor agonists as adjuncts to peripheral nerve blocks in children: a meta-analysis. *Pediatr Anesth.* 2016; 26:232-238.
- Maagaard, M., Hessel, J., Jaeger, P. y Mathiesen, O. Effects of combined dexamethasone and dexmedetomidine as adjuncts to peripheral nerve blocks: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Reg Anesth Pain Med.* 2024; 105098.
- Madrigal, D. Eficacia y seguridad de la dexmedetomidina vs dexametasona como adyuvantes del bloqueo ESP en pacientes sometidas a mastectomía radical unilateral. [Internet] [Tesis]. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División de Ciencias de la Salud. 2024. [citado 31 de agosto de 2024]. Disponible en:

<https://ri.ujat.mx/bitstream/200.500.12107/4441/1/Deisy%20Alejandra%20Madrigal%20Carrillo.pdf>.

Margulis, R., Francis, J., Tischenkel, B., Bromberg, A., Pedulla, D., Grtisenko, K., et al. Comparison of Dexmedetomidine and Dexamethasone as Adjuvants to Ultra-Sound Guided Interscalene Block in Arthroscopic Shoulder Surgery: A Double-Blinded Randomized Placebo-Controlled Study. *Anesth Pain Med.* 2021;11(3): e117020.

Mateos, R. Uso de dexmedetomidina en unidades de cuidados intensivos cardiológicos: estudio de eficacia y seguridad. 2020. Tesis Doctoral. Fac. Med. Madrid, España. U.C.M. pp 205. [En línea]. Disponible: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/66886/1/T42734.pdf>.

Mendoza, G. Comparación de analgesia posoperatoria con ropivacaína y ropivacaína con dexametasona en bloqueo ecoguiado de plano transversal de abdomen para apendicectomía abierta en Hospital General de Cuautitlán de marzo a octubre 2020. [Tesis de Postgrado]. México. Universidad Autónoma del Estado de México; 2021.

Rao, S., Rajan, N. Dexmedetomidine as an Adjunct for Regional Anesthetic Nerve Blocks. *Curr Pain Headache Rep.* 2021 Feb 3;25(2):8.

Reyes, E. Dexmedetomidina versus dexametasona como coadyuvante del bloqueo regional en pacientes sometidos a cirugía ortopédica de miembro superior. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2021-2022 [Tesis de Postgrado]. Lima, Peru. Universidad Ricardo Palma. 2022.

- Richards D, Reynolds J, Aronson J, Cole J. Oxford Handbook of Practical Drug Therapy. 2 ed: Oxford University Press; 2011.
- Rodríguez R. Dexametasona: Corticosteroides Antiinflamatorios Vademécum Académico de Medicamentos Access Medicina McGraw Hill Medical. McGraw Hill [Internet]. 2015 [citado 11 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552&sectionid=90369286>.
- Rojas, A. Dexmedetomidina como coadyuvante en bloqueos de nervio periférico. Rev Soc Esp Dolor. 2019; 26(2):103-115.
- Sánchez V, Duarte P. Eficacia de la dexametasona como adyuvante en la analgesia preventiva para el dolor postoperatorio de cirugía abdominal. Gac Médica México. 2017; 153(3):390-396.
- Sahu, A., Das, L., Muni, S. Comparative Evaluation of Dexmedetomidine and Dexamethasone as Adjuvants in Supraclavicular Brachial Plexus Block. Cureus. 2023;15(5): e38775.
- Thornblade LW, Seo YD, Kwan T, Cardoso JH, Pan E, Dembo G, Yeung RSW, Park JO. Enhanced Recovery via Peripheral Nerve Block for Open Hepatectomy. J Gastrointest Surg. 2018;22(6):981-988.
- Vinod, Y., Abhimanyu T., Shailendra, C. Comparison of dexmedetomidine and dexamethasone as an adjuvant to bupivacaine in supraclavicular block. MedPulse International Journal of Anesthesiology. 2020; 15(3): 99-105.

Weerink, M., Struys, M., Hannivoort, L., Barends, C., Absalom, A., Colin, P. Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Dexmedetomidine. Clin Pharmacokinet Springer International Publishing. 2017; 56:893-913.

Xiong, C., Han, C., Zhao, D., Tang, Z., Zhang, Y. y Wang, J. Comparing the effects of dexmedetomidine and dexamethasone as perineural adjuvants on peripheral nerve block. Medicine (Baltimore). 2021; 100(34): e27064.

Zhang, T., Deng, Y., He, P., He, Z., Wang, X. Effects of mild hypoalbuminemia on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of dexmedetomidine in patients after major abdominal or thoracic surgery. J Clin Anesth. 2015; 27:632-637.

## **APÉNDICES**

**Apéndice A**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
NÚCLEO BOLÍVAR  
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA**

Ciudad Bolívar, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Dr. Ernesto Mathinson**

Jefe del Postgrado de Anestesiología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseo solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarme para la elaboración de la investigación que lleva por título **ANALGESIA PERIOPERATORIA CON DEXMEDETOMIDINA VERSUS DEXAMETASONA COMO ADYUVANTES DE BLOQUEOS NERVIOSOS PERIFÉRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2024.** Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Especialista en Anestesiología. En el presente estudio se contará con la asesoría de la Dra. Lorena Gutiérrez. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente.

---

**Dr. Naiyeitzi Reyes**

**Residente de Postgrado de Anestesiología**

**Apéndice B**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
NÚCLEO BOLÍVAR  
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA**

Ciudad Bolívar, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad número \_\_\_\_\_, declaro que he sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **ANALGESIA PERIOPERATORIA CON DEXMEDETOMIDINA VERSUS DEXAMETASONA COMO ADYUVANTES DE BLOQUEOS NERVIOSOS PERIFÉRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2024**, desarrollada por la Dra. Naiyeitzi Reyes, a cargo de la Dra. Lorena Gutiérrez. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

**Firma**

## Apéndice C



**ANALGESIA PERIOPERATORIA CON DEXMEDETOMIDINA VERSUS  
DEXAMETASONA COMO ADYUVANTES DE BLOQUEOS NERVIOSOS  
PERIFÉRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA. COMPLEJO  
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR –  
ESTADO BOLÍVAR. JULIO - OCTUBRE 2024.**

### RECOLECCIÓN DE DATOS

**Nombre y apellido:**

---

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Tipo de cirugía:**

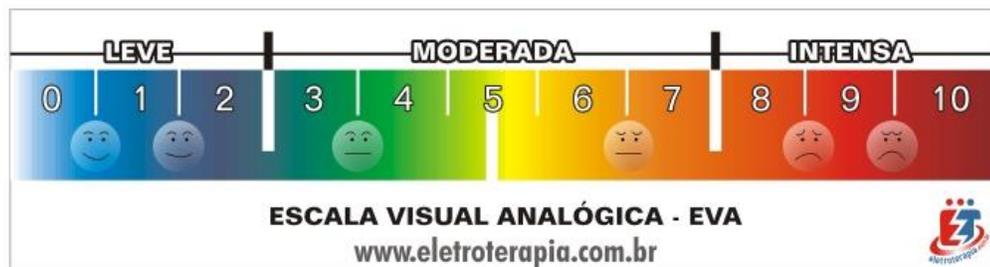
---

**Parámetros hemodinámicos:** FC \_\_\_\_ lpm / TA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg / SAT O<sub>2</sub>: \_\_\_\_%

**Escala de dolor:**

- **4 horas:**      Leve \_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_ Severo \_\_\_\_
- **8 horas:**      Leve \_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_ Severo \_\_\_\_
- **12 horas:**    Leve \_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_ Severo \_\_\_\_
- **24 horas:**    Leve \_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_ Severo \_\_\_\_
- **48 horas:**    Leve \_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_ Severo \_\_\_\_

## **ANEXOS**

**Anexo 1****ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)**

## HOJAS DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

<b>Título</b>	Analgesia perioperatoria con dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía. complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez. ciudad Bolívar – estado Bolívar. julio - octubre 2024.
<b>Subtítulo</b>	

Autor(es)

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código ORCID / e-mail</b>	
Reyes Sucre Naiyeitzi José	<b>ORCID</b>	
	<b>e-mail:</b>	naireyes91@gmail.com

**Palabras o frases claves:**

analgesia postoperatoria
dexametasona
dexmedetomidina
umbral de dolor

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Coordinación de postgrado de Anestesiología	Servicio Cirugía
<b>Línea de Investigación:</b> Analgesia postoperatoria	

### Resumen (abstract):

La adición de adyuvantes como dexmedetomidina, dexametasona, clonidina, buprenorfina, magnesio y midazolam a la analgesia regional prolonga eficazmente la analgesia postoperatoria. Hasta la fecha, los estudios han demostrado que dexmedetomidina y dexametasona son los dos adyuvantes más utilizados para la anestesia regional. **Objetivo:** Comparar la analgesia perioperatoria con dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de julio a octubre de 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 70,0% (n=21) fue de sexo femenino; 30,0% (n=9) tenía entre 40-49 años, con una media de 43,20 años y en 26,7% (n=8) de los casos el tipo de cirugía fue colecistectomía. Al evaluar las variaciones en los parámetros hemodinámicos, se encontró que; 36,7% (n=11) tuvo entre 70-79 lpm; 36,7% (n=11) tenía de 90-99 mmHg y 53,3% (n=16) tuvo 99% de saturación de oxígeno. Por último, al realizar la determinación del umbral del dolor, se observó que, a las 4 horas, 80% (n=24) presentó dolor leve. A las 8 horas, 83,3% (n=25) presentó dolor leve. A las 12 horas, 90% (n=27) presentó dolor leve y, a las 48 horas, 83,3% (n=25) presentó dolor leve. **Conclusiones:** Se encontraron pocas variaciones de los parámetros hemodinámicos, así como menor dolor postoperatorio tras la administración de dexmedetomidina versus dexametasona como adyuvantes de bloqueos nerviosos periféricos en pacientes sometidos a cirugía en el Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Lorena Gutiérrez	ORCID				
	e-mail	lorenagutierrezr8@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Daymire Piña	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	daymyry@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Ernesto Mathinson	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	mathinsone@hotmail.com			
	e-mail				

**Fecha de discusión y aprobación:** 2024/12/04

**Lenguaje:** spa

## **Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6**

**Archivo(s):**

NBOTES\_RSNJ2024

Alcance:

**Espacial:**

Complejo hospitalario universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar – estado Bolívar.

**Temporal:**

Julio - Octubre 2024.

**Título o Grado asociado con el trabajo:**

Especialista en Anestesiología

**Nivel Asociado con el Trabajo:**

Postgrado - Especialista en Anestesiología

**Área de Estudio:**

Coordinación de Postgrado de Anestesiología

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:**

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *Martínez*  
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

*Juan A. Bolaños Cuvells*  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

