

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



**CENTRO MEDICO DEL NORESTE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25
I. M. S. S.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
"VENTAJAS DEL DEHIDROBENZOPERIDOL
SOBRE EL DIAZEPAM COMO
MEDICACION PREANESTESICA"**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGIA**

**PRESENTA EL
DR. LUIS FERNANDO GARCIA GONZALEZ
ASESOR DE TESIS:
DR. ALEJANDRO PEREYRA MARTINEZ**

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1983

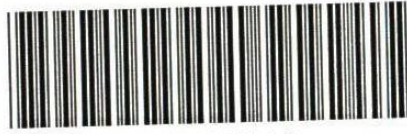
TM

Z665

FM

1983

G3



1020126740

PARTIDA DE... No 25
C.M.N.E.-I.M.C.S. MONTERREY, N. L.

DR. MANUEL DE LAHCA MERE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA



CENTRO MEDICO DEL NORESTE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25
I. M. S. S.

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
VENTAJAS DEL DEHIDROBENZOPERIDOL
SOBRE EL DIAZEPAM COMO
MEDICACION PREANESTESICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGIA

PRESENTA EN

DR. LUIS FERNANDO GARCIA GONZALEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. ALEJANDRO PEREYRA MARTINEZ

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1985

TM
26658
FM
1983
G3

0132-84460



FONDO
TESIS

"VENTAJAS DEL DEHIDROBENZOPERIDOL SOBRE EL DIAZEPAM
COMO MEDICACION PARA ANESTESICA"

AUTOR:

DR. LUIS FERNANDO GARCIA GONZALEZ

RESIDENTE II DE ANESTESIOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25

I.M.S.S.

CO. AUTOR:

DR. ALEJANDRO PEREYRA MARTINEZ

MEDICO DE BASE DEL DEPTO. DE ANESTESIOLOGIA

DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25

I.M.S.S.

A LOS MAESTROS

Por los conocimientos de ellos recibidos.

A LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES No. 25, 21 Y 23

AL I.N.S.S.

I N D I C E

PREFACIO -----	1
INTRODUCCION -----	2
FARMACOLOGIA -----	4
MATERIAL Y METODOS -----	15
RESULTADOS -----	17
CONCLUSIONES -----	27
COMENTARIO FINAL -----	28
BIBLIOGRAFIA -----	30

P R E F A C I O

El avance en la anestesiología en los últimos años, a girado hacia nuevos manejos que proporcionen mayor seguridad a los pacientes por un lado y por otro que sean de facil administración y manejo para el anestesiólogo.

Así mismo en la medicina general la base de la salud es la medicina preventiva, en la anestesiología es válido el postulado "ANESTESIOLOGIA PREVENTIVA". Y tratando de hacerla pensamos en este trabajo.

Espero que modifique un poco esta tendencia de administración masiva de farmacos y se haga uso del razocinio de los mismos para beneficio de nuestros pacientes.

I N T R O D U C C I O N

Durante mi entrenamiento de anestesiología me dí cuenta de un problema que es universal. (En los hospitales donde se realizó mi entrenamiento.21,23,25).

Este es el de que a la gran mayoría de pacientes a operarse se medican con 10 miligramos de Diazepam y .5 miligramos de atropina, sin importar peso, edad, sexo, cirugía a realizarse o estado general del paciente.

Dejando mucho que desear en cuanto a que sea un agente de medicación bueno, ya que la mayoría de veces se administra con error en la dosificación y siempre en tiempo, además de que de los fármacos mas dolorosos cuando se administra intramuscularmente.

Con mucha frecuencia encuentre pacientes medicados con Diazepam y los cuales estaban intranquilos, taquicardicos, con sudoración en palmas de las manos, con mucos

sas húmedas y en un estado de tensión y con un aumento en el estado de vigilia.

En estos pacientes casi siempre usamos una dosis superior a la farmacológica en cuanto al agente inductor.

Haciendo un análisis de todos los factores que hacen posible un buen manejo anestésico, recordamos que una buena medicación preanestésica disminuye los fármacos de inducción, esto nos hace que de mantenimiento manejemos dosis menores o iguales a las terapéuticas, lo que nos reditúa en una mejor y más rápida emergencia. Así pues nos pusimos a revisar bibliografías pensando en otro fármaco que nos diera un status preanestésico más adecuado en nuestros pacientes y disminuir la dosis de inducción.

Bibliográficamente el Dehidrobenzoperidol presenta a muchas ventajas sobre el Diazepam en la medicación y fue la razón para realizar y comparar en este estudio estos dos medicamentos.

F A R M A C O L O G I A

Unos son derivados de la benzodiazepina (DIAZEPAM) y el otro de las butirofenonas (DEHIDROBENZOPERIDOL). (10).

Las consideraciones relativas a la farmacodinamia y a la neurofisiología las hacen referencia los libros únicamente a dosis minimas efectivas, ya que entre mas aumentemos las dosis estas se esfuman. (2,4,10).

El efecto sedante de los neurolepticos es distinto de los hipnóticos y estos provocan una leve depresión ventilatoria. (1.10,14).

Los primeros no ocasionan narcosis, a diferencia de los hipnóticos, además, no actúan, desisivamente sobre el centro respiratorio. (8,10,14).

Este efecto sedativo y no hipnótico se califico al principio de neurobléxico, luego se le llamo neuroleptico porque las funciones nerviosas centrales no se

paralizaban. (4,10). Era el "TONO FUNDAMENTAL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL" que quedaba disminuido.(10). En la experimentación animal, esta propiedad se manifiesta en primer lugar como disminución de la motilidad espontánea y la actividad, así como a través de inhibición y supresión de agresiones, desaparición de temores y pérdida de los reflejos condicionados. A pesar de ausencia de acción hipnótica propia, los neurolépticos potencian la acción hipnosedativa del alcohol, los barbitúricos y los alcaloides del opio.(10-12, 14).

Los neurolépticos provocan estados catalepticos en diferentes animales de laboratorio. Los ratones se quedan rígidos sobre un enrejado vertical o agarrados de un bastón. Las ratas tampoco son capaces de retirar la pata cuando el experimentador se la coloca sobre una barra de madera. (8). El efecto cataleptico comprobado en la experimentación animal que en la especie humana adopta la forma de fenómenos concomi-

tantes extrapiramidales, se consideraba peculiar a los neurolepticos clínicamente efectivos. (10,11).

Los neurolepticos tienen otras propiedades farmacológicas y son: Inhibe los reflejos condicionados, anti-hemético, protector del miocardio como bloqueadores alfa y atenúan la respuesta presora a la laringoscopia e intubación. (1,2,3,6,7,14).

Algunos neurolepticos favorecen tambien las convulsiones, toda vez que rebajan el umbral de convulsión respecto del choque con (CARDIAZOL) o bien electrico.

Desde el punto de vista neurovegetativo, los neurolepticos se caracterizan en primer lugar por su pronunciada acción adrenolítica, que se manifiesta en los experimentos de farmacología como antagonismo con respecto a la adrenalina, el cual se puede apreciar midiendo la presión sanguínea y tambien a nivel de cierre

tos organos (por ejemplo, en la membrana nictitante del gato) (8).

La diferencia farmacológica que separa los tranquilizantes de los neurolépticos no es solo de tipo cuantitativo. Los tranquilizantes presentan además modos de acción cualitativamente diversos. Como los neurolépticos, proporcionan sedación que nunca se acompaña de narcosis. En cambio, no surten acción cataleptica ni ninguna otra de índole extrapiramidal, careciendo así mismo de efecto directo sobre las funciones neurovegetativas. (10,11). Comparten con los inhibidores selectivos de la transmisión interneuronal a los miorelajantes la propiedad de bloquear los reflejos polisinápticos medulares produciendo flacidez muscular y ataxia. (1,10,11).

A dosis elevadas, también los tranquilizantes inhiben

los reflejos condicionados. Pero en este terreno se distinguen de los neurolepticos porque el intervalo entre la dosis que inhibe el reflejo condicionado y la dosis que reprime el reflejo no condicionado es generalmente mucho mayor entre los tranquilizantes que entre los neurolepticos. (14).

La mayor parte de los tranquilizantes tienen, ademas, una marcada acción anticonvulsivante, que se aprovecha incluso en clínica, benzodiazepinas como el diazepam dan resultado favorable en el tratamiento de las manifestaciones epilépticas. Aparte, todo esto, los tranquilizantes tienen una neta acción amansadora, muy visible cuando se experimenta con ratones belicosos y animales carniceros, o en general, agresivos. (10, 11 14).

Estos animales no dan en absoluto la impresión de que

dar muy sedados ni en estado de sopor. Este efecto esta verosimilmente relacionado con la acción amortiguadora que estos medicamentos ejercen sobre el sistema límbico, clave del comportamiento emocional, como han demostrado las investigaciones mas recientes. (8, 11).

EFECTOS DE ACCION DE LOS NEUROLEPTICOS Y LOS TRANQUILIZANTES.		
	Neurolepticos	Tranquilizantes.
Inhibicion de la actividad motora.	+++	+
Inhibicion de los reflejos condicionados.	+++	+
Influencia en las funciones neurovegetativas.	++	(+)
Accion anticonvulsivante.	0	+
Bloqueo de los reflejos medulares polisinapticos.	0	+
Efecto amansador.	+	+++
Accion antipsicotica (clinica).	+	-

En 1947, MORUZZI Y MAGOUN descubrieron que la excita-

ción eléctrica de ciertas zonas del mesencefalo surtía sobre el electroencefalograma del dormido el mismo efecto desincronizante, "DESPERTATORIO" que un estímulo natural análogo. Estos autores dieron el nombre de AROUSAL REACTION a las modificaciones percibidas en el electroencefalograma (aumento de la frecuencia y disminución de la amplitud de onda), llamado "FORMACION RETICULAR"- debido a sus particularidades morfológicas- a la región desde donde se podían desencadenar esos fenómenos. (8,11). Experiencias posteriores revelaron que la formación reticular recibe impulsos provenientes de colaterales de las vías aferentes sensibles y sensoriales largas. Ahora bien, una vez llegados a la formación reticular, los impulsos específicos de los receptores sensibles son objeto de irradiación cortical no específica, desencade

nandose la AROUSAL REACTION, que pone al cerebro en un estado de vigilia idoneo para elaborar las aferencias especificas. Mientras que los barbitúricos atenuan principalmente la excitabilidad de la propia formacion reticular, los neurolépticos protegen en cierta medida a la formación reticular de un exagerado aporte de estímulos, Elevando el umbral de excitación, dificultan la llegada de impulsos a la formación reticular de un exagerado aporte de estímulos desde las vias aferentes. Asi pues, aun la acción hipnoinductora de los neurolépticos se explica como desaferentización, la cual no debera confundirse con la imposición de sueño propia de los barbituricos. (11).

MONNIER distingue un sistema de proyeccion talamocortical, de acción esencialmente ergotropa y simpaticotónica, y un sistema de proyección que parte sobre to

do de los nucleos talámicos intralaminares, cuya función es esencialmente trofotropa y parasimpaticotónica.

En dosis moderadas, los tranquilizantes practicamente no inhiben la formación reticular, pero si ciertos nucleos talámicos y el sistema límbico. En este último actuan sobre todo las benzodiazepinas.

El efecto clínico de los neurolepticos se caracteriza por las acciones siguientes:

- a).- Retardo psicomotor.
- b).- Impasibilidad emocional.
- c).- Indiferencia afectiva. (3,7,8,11).

Los neurolepticos son "medicamentos que rebajan la actividad y la tension psíquicas, sin que la hiperdosificación determine ante todo sueño o narcosis". (1, 2,4,10).

En cambio el Diazepam tiene una acción marcadamente ansiolítica. (4,10).

El Dehidrobenzoperidol funciona también como un buen antiemético de acción central, con la única desventaja que produce una relajación del lecho vascular, por lo que lo contraindican en pacientes que sufran hipertensión moderada o severa, dejándose la leve a consideración del médico tratante. (1,2,3,7,10).

Esta contraindicado en el paciente con feocromositoma debido a las crisis hipertensivas que provoca. (13, 15).

Se descubrió que el Dehidrobenzoperidol produce lesiones teratogénicas en el embrión de pollo si se usa por más de diez días a dosis superiores a los ochocientos miligramos por kilo por día. (9).

En la literatura médica especializada encontramos un

reporte de un shock anafiláctico en una mujer de 35 años a la cual se le administró a la vez pentazocina y Dehidrobenzoperidol, el cuadro sedio a tratamiento con antihistamínicos y corticoesteroides. (5).

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se utilizaron jeringas de cinco centímetros, ampollas de diez miligramos de Diazepam, frasco ampula de veinticinco miligramos de Dehidrobenzoperidol, baumanómetro y estetoscopio.

Además se realizaron encuestas entre el personal de base y médicos residentes de anestesiología, a cien pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con edades que fluctuaron entre la segunda y séptima década de la vida y administrándoseles Diazepam y Dehidrobenzoperidol a dosis de ciento cincuenta microgramos por kilo de peso aplicados intramuscularmente, media hora antes de pasar a quirófano.

Se valoraron los siguientes parámetros:

1020126740

- a).- Edad, peso y dosis.
- b).- Respuesta a estímulo verbal de conciencia.
- c).- Tensión arterial y frecuencia cardiaca en sala de preanestesia, sala de quirófano, pre-inducción y post-inducción.
- d).- Stress emocional.
- e).- Apreciación por el anestesiólogo respecto a la medicación.
- f).- Dosis de inducción comparada farmacológicamente con la habitual.

R E S U L T A D O S

Este estudio se realizó con pacientes de ambos sexos.

Las edades de los pacientes fue muy variada con una

minima de 16, una maxima de 78 y un promedio de 48.38

anos los cuales fueron medicados con Dehidrobenzope-

ridol.

TABLA NUMERO 1:

A Ñ O S	P A C I E N T E S
10 - 20	2
21 - 30	8
31 - 40	11
41 - 50	16
51 - 60	9
61 - 70	1
71 0 mas	4

Las edades de los pacientes que fueron medicados con Diazepan fueron de una minima de 12, una maxima de 74 y un promedio de 41.81 años.

TABLA NUMERO 2:

AÑOS	PACIENTES
10 - 20	6
21 - 30	8
31 - 40	13
41 - 50	17
51 - 60	5
61 - 70	5
71 C mas	2

El peso corporal fue tomado en cuenta, dado que este dato es importante en la medicación preanestésica así como para dosificar correctamente a los pacientes antes de ser intervenidos.

Peso corporal con diazepam:

P E S O	IG.	P A C I E N T E S
20 - 30	_____	2
31 - 40	_____	1
41 - 50	_____	13
51 - 60	_____	7
61 - 70	_____	23
71 0 mas		4

El menor fue de 29 kg., el mayor de 78 kg. y el promedio de 61.22 Kg.

Peso corporal con Dehidrobenzoperidol:

P E S O	IG.	P A C I E N T E S
41 - 50	_____	7
51 - 60	_____	11
61 - 70	_____	16
71 0 mas		16

MENOR	LA MAYOR	PROMEDIO
47 Kg.	97 Kg.	71.92 Kg.

La dosis que se administró fue de 150 microgramos por kilo de peso tanto para el Diazepam como para el Dehidrobenzoperidol, intramuscularmente.

Las dosis que se administraron para el Diazepam fueron:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
4.3 Mgr.	11.7 Mgr.	9.18 Mgr.

Las dosis que se administraron para el Dehidrobenzoperidol fueron:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
7.5 Mgr.	14.5 Mgr.	10.78 Mgr.

RESPUESTA A ESTIMULO VERBAL (CONCIENCIA):Pacientes,		
A L E R T A	R E G U L A R	D E P R I M I D O
13	34	3
medicados con Dehidrobenzoperidol.		

RESPUESTA A ESTIMULO VERBAL (CONCIENCIA):Pacientes,		
A L E R T A	R E G U L A R	D E P R I M I D O
44	4	2
medicados con Diazepam.		

TENSION ARTERIAL EN PREANESTESIA.CON DEHIDROBENZOPE- RIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
110/65	160/90	122/87

TENSION ARTERIAL EN PREANESTESIA.CON DIAZEPAM :		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
100/60	160/90	120/79

FRECUENCIA CARDIACA EN PREANESTESIAS. CON DEHIDRO -- BENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
64	96	85.8

FRECUENCIA CARDIACA EN PREANESTESIAS. CON DIAZEPAM:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
64	92	83.8

TENSION ARTERIAL EN SALA DE QUIROFANO. CON DEHIDRO - BENZOPERIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
100/60	140/90	112/87

TENSION ARTERIAL EN SALA DE QUIROFANO. CON DIAZEPAM:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
90/60	190/100	134/91

FRECUENCIA CARDIACA EN SALA DE QUIROFANO. CON DEHIDRO BENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	92	76

FRECUENCIA CARDIACA EN SALA DE QUIROFANO. CON DIAZEPAM:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
72	104	88

TENSION ARTERIAL EN LA PRE-INDUCCION. CON DEHIDROBEN ZOPERIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA MINIMA	SISTOLICA, DIASTOLICA MAXIMA	SISTOLICA DIASTOLICA PROMEDIO
100/60	150/90	123/70

TENSION ARTERIAL EN LA PRE-INDUCCION. CON DIAZEPAM:		
SISTOLICA, DIASTOLICA MINIMA	SISTOLICA, DIASTOLICA MAXIMA	SISTOLICA DIASTOLICA PROMEDIO
90/50	180/110	132/88

FRECUENCIA CARDIACA EN LA PRE-INDUCCION. CON DEHIDRO BENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	90	71

FRECUENCIA CARDIACA EN LA PRE-INDUCCION. CON DIAZEPAM:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	100	87

TENSION ARTERIAL EN LA POST.INDUCCION. CON DEHIDROBEN ZOPERIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
90/60	140/90	101/68

TENSION ARTERIAL EN LA POST.INDUCCION. CON DIAZAPAM:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
90/60	160/95	127/76

FRECUENCIA CARDIACA EN LA POST. INDUCCION. CON BENZOPERIDOL		
BENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	90	72

FRECUENCIA CARDIACA EN LA POST. INDUCCION. CON DIAZEPAM		
MINIMA	MAXIMA	PRO MEDIO
60	96	83

STRESS EMOSIONAL. CON DEHIDROBENZOPERIDOL:		
BIEN	REGULAR	NERVIOSO
35	9	6
SUDORACION EN MANOS	SE APRACIARON VENAS	SIALORREA
5	41	4

STRESS EMOSIONAL . CON DIAZEPAM :		
BIEN	REGULAR	NERVIOSO
18	25	10
SUDORACION EN MANOS	SE APRACIARON V . AC	SIALORREA
16	28	6

LA APRECIACION DEL ANESTESIOLOGO RESPECTO A LA MEDICACION AL PACIENTE FUE: CON DEHIDROBENZOPERIDOL:			
MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
26	19	3	1

LA APRECIACION DEL ANESTESIOLOGO RESPECTO A LA MEDICACION AL PACIENTE FUE: CON DIAZEPAM:			
MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
3	18	19	10

LA DOSIS DE INDUCCION COMPARADA FARMACOLOGICAMENTE CON LA HABITUAL FUE: CON DEHIDROBENZOPERIDOL:		
DISMINUCION DE DOSIS	IGUAL DOSIS	MAS DOSIS
15	32	3

LA DOSIS DE INDUCCION COMPARADA FARMACOLOGICAMENTE CON LA HABITUAL FUE: CON DIAZEPAM:		
DISMINUCION DE DOSIS	IGUAL DOSIS	MAS DOSIS
2	36	12

C O N C L U S I O N E S

En 100 pacientes estudiados para valoración de efectividad como fármaco de medicación preanestésica, (Diazepam VS Dehidrobenzoperidol) encontramos que fué mas efectivo el Dehidrobenzoperidol que el Diazepam en una apreciación encuestada entre los anestesiólogos con respecto a las dosis de utilización a la inducción, el estado emocional del paciente y el estado hemodinámico de los mismos.

C O M E N T A R I O F I N A L

Pensamos que el factor emocional no lo va a quitar un farmaco tan facilmente como la medicación verbal. El paciente, ademas de un farmaco, necesita una buena identificacion con el cirujano que lo va a operar (es frecuente que no sepan los pacientes quien los va a operar, como es frecuente tambien que el cirujano no sepa a quien va a operar.).

Además la espera en el area preanestesica con la subsecuente cancelación quirurgica son factores que exacervan el estress emocional.

Es frecuente que al paciente tampoco se le informe adecuada y racionalmente que le van a operar y encontramos que el paciente con frecuencia piensa que el

cirujano "Ese tan chiquillo que puede ser el hijo"
tiene solo el interes de abrirlo para ver que le en-
cuentran malo.

Al paciente le debemos garantizar un sueño bueno la
noche previa a su cirugia. En primer lugar con una
correcta explicacion de su problematica, una adecuada
explicacion acerca del proceso quirurgico y la ra-
tificacion de la persona que lo va a operar.

Despues se le puede agregar un ansiolítico breve y en
el acto prequirurgico inmediato, recomendamos que sea
operado a la hora que se le dijo y la administración
de Dehidrobenzoperidol a razon de 150 microgramos por
kilo de peso 30 minutos antes de llevarlo a quirófano
y administrar atropina, tanto cuanto crean necesario.

- 6.- Electrophysiological effects of Droperidol on sinoatrial nodal fibers. Dorticos FR, et al.
Arch Int Pharmacodyn ther 1979 Jul, 240 (1):137-42
- 7.- Comparison of domperidone, Droperidol, and metoclopramide in the prevention and treatment of nausea and vomiting after balanced general anesthesia.
Karttila K, et al.
Anest. Analg. (clavé) 1979 Sep-Oct; 58 (5):396-400.
- 8.- The influence of orphenadrine HCL in overdose alone and in combination with Droperidol on respiration and circulation in the rat. Sangster B, et al.
Toxicol Evr Res 1979 Mar; 2 (2): 93-7.
- 9.- Toxic effects on Fentanyl and Droperidol in the chick embryo Ogo S et al.
Rev Hosp Clin Fac Med Sao Pablo 1979 Jun 34 (3): 112-3 (E.A.)
- 10.- Diazepam and Droperidol as i.v. premedicant. Heer GP, et al.
Br J Anaesth. 51 (6): 537-42, Jun 79.
- 11.- Effective sedation of rabbits, guinea pigs, rats and mice with a mixture of fentanyl and Droperidol
Walden NB.
Aust. Vet J 54 (11): 538-40, Nov. 79.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Premedication of esophago-gastro.duodenoscopy -
with a neuroleptanalgesic drug and a tranquillizer-a controlled clinical study (author's transl)
Giger M, et al.
Leber Magen Darm 1979 Jun. 9 (3): 128-30.
- 2.- Droperidol and endotracheal intubation. Attenuation of pressor response to laryngoscopy and intubation. Curran J, et al.
Anesthesia 1980 Mar.: 35(3): 290-4.
- 3.- Anaesthesia for carotid artery surgery. Erwin D, et al.
Anaesthesia 1980 Mar.: 35 (3): 246-9.
- 4.- 318 deliveries performed with neuroleptoanalgesia (NLA) Colombo E. et al.
Minerva Ginecol 1980 Jan-Feb.: 32 (1-2): 113-22
(Eng.Abstract).
- 5.- Anaphylactic shock caused by Droperidol and Pentazocine (author's transl). Ohkubo T., et al.
Iausi 1980 May.; 29 (5): 489-93 (Eng.- abstract).

- 12.- Characteristics of combined nitous oxide nacroisis and premedication with pain syndrome caused by blood vessel disease of the lower extremities. Timchuk ID, et al.
Vestn Khir 122 (2): 98-102, Feb 79. (Eng Abstra). Rus.
- 13.- Mechanism of the hypertensive effect of Droperidol in pheochromocytoma. Oh TE, et al.
Anaesth. Intensive Care 6(4):322-7, Nov.78.
- 14.- Respiratory function following premedication with Droperidol or Diazepam. Soroker D, et al.
Anesth. Analg. (Clave) 57(6):695-9, Nov-Dic. 78.
- 15.- Innovar - induced hypertensive crises in patients with pheochromocytoma. Bittar DA.
Anesthesiology 50 (4): 366-9, Apr. 79.

