

11202
39 27.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL ALPRAZOLAM VS
LORAZEPAM EN MEDICACION PREANESTESICA
POR VIA ORAL

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
A N E S T E S I O L O G I A

P R E S E N T A :

DR. MARIO ENRIQUE ESPARZA GONZALEZ

MEXICO, D. F.

LIBRO DE REGISTRO
NO. 11202

1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I) INTRODUCCION.....	1
II) JUSTIFICACION.....	4
III) OBJETIVOS.....	4
IV) FARMACOLOGIA	
A) GENERALIDADES DE BENZODIAZEPINAS,..	5
B) LORAZEPAM.....	8
C) ALPRAZOLAM.....	10
V) MATERIAL Y METODOS.....	16
VI) RESULTADOS.....	18
VII) DISCUSION.....	22
VIII) BIBLIOGRAFIA.....	23

INTRODUCCION

Ya desde 1890 se sugería la administración de morfina para "calmar" al paciente antes de una intervención quirúrgica.⁽²⁾ En tiempos más modernos cuando los anestésicos en uso eran el ether y el ciclopropano, los anestesiólogos continuaban en la búsqueda de drogas adecuadas para llevar a los pacientes al quirófano sedados y con la boca seca. Actualmente la razón más común para la administración de la medicación preanestésica es hacer la experiencia de la anestesia y cirugía más placentera y menos traumática para nuestros pacientes.⁽¹⁸⁾

Basados en la experiencia o en rutina del lugar donde practique, el Anestesiólogo puede ordenar sedantes, narcóticos, barbitúricos o anticolinérgicos. Frecuentemente se prescriben combinaciones de 2 o más compuestos. Una razón importante para el uso de tan diversas drogas y combinaciones es que no hay un acuerdo general acerca de las indicaciones de la premedicación. Se acepta generalmente que la ansiedad del paciente es un factor principal que debe ser controlado en el período preoperatorio.⁽¹⁸⁾

La presencia de ansiedad clínicamente significativa en pacientes que serán operados se ha establecido en aproximadamente 40 a 80%. La incidencia es mayor en la mujer que en el hombre, especialmente la que pesa menos de 70 kgs. Las causas más frecuentes de ansiedad preoperatoria se relacionan con la preocupación de los pacientes acerca de su salud general, la operación, la separación de su familia, inseguridad acerca del futuro, la anestesia y el miedo a las molestias postoperatorias.⁽⁹⁾

La ansiedad puede tener importantes repercusiones orgánicas. Hipócrates, 200 años A.C. sentenciaba: "No dejes que nadie te persuada de curar su - cefalea si antes no te ha dado el alma para que la cures . El gran error de nuestros médicos es que separan el alma del cuerpo". Tristemente esta separación prevalece muchas veces en nuestros días.

Los nervios autónomos que van al corazón están manejados por acciones de neuronas simpáticas preganglionares en la médula espinal, las cuales a - su vez están bajo el control de vías cerebrales descendentes. Los esti - mulos centrales que aumentan el flujo simpático y suprimen la actividad Barorefleja usualmente provocan aumento de la presión arterial, taquicar - dia, liberación de catecolaminas y de acuerdo al estado previo de los pa - cientes, arritmias, infartos, prolapsos valvulares y muerte súbita.⁽¹⁷⁾

Así mismo la ansiedad puede incrementar problemas gastrointestinales como la enfermedad ácido-peptica, colitis ulcerosa y colon irritable. El ansie - dad aumenta las secreciones gástricas y la motilidad intestinal.⁽³⁾

Otro problema crónico que puede presentarse o incrementarse con la tensión y el stress es el asma. Y así tenemos muchos otros ejemplos de patologías como hipertiroidismo, angina, porfiria, feocromocitoma etc. que se exacer - ban o aparecen con el stress.⁽²⁾

Indudablemente que la preparación preoperatoria es provista en gran parte por la visita del anestesiólogo, sin embargo, aunque esta visita claramen - te disminuye la ansiedad, la premedicación es ampliamente usada para dis - minuir los temores del paciente. Además se utilizan diversas drogas para disminuir el dolor, producir amnesia y sedación, disminuir las secreciones

orales y gástricas, para prevenir náusea y vómito, profilaxis contra reacciones alérgicas, para disminuir la cantidad de anestésicos y para suprimir respuestas reflejas al estímulo quirúrgico.⁽¹⁸⁾

De lo anterior podemos deducir que la ansiedad es un factor primordial a suprimir o tratar de controlar, en el preoperatorio, con una adecuada medicación preanestésica.

JUSTIFICACION

La principal razón de la medicación es lograr que el paciente entre al quirófano con un grado mínimo o nulo de aprehensión, sedado pero fácilmente manejable y cooperador, con ausencia de efectos colaterales. Desde el punto de vista de los pacientes se ha encontrado que lo más importante es la amnesia y la ansiolisis.⁽⁹⁾ Así mismo casi tan importante - como la droga en sí, es la vía de administración y el momento en que se administra. La mayoría de las medicaciones orales deben darse de 60 a - 90 minutos antes de la cirugía.

Las benzodiazepinas es el grupo de drogas más populares para buscar lo descrito en el párrafo anterior.⁽¹⁵⁾ En nuestro medio uno de los medicamentos usados es el Lorazepam, buscando ansiolisis y sedación, lo cual no siempre se logra, razón por la cual continuamos investigando nuevos medicamentos.

OBJETIVOS

Recientemente se introdujo en nuestro país una nueva benzodiazepina llamada Alprazolam, medicamento que ya ha sido comparado con otras benzodiazepinas para ansiolisis en diversos padecimientos, se le ha encontrado tan eficaz y en ocasiones mejor a las drogas de uso corriente.^(1,11) Sin embargo nunca ha sido estudiado como ansiolítico en la medicación preanestésica. Por lo tanto nuestro objetivo es dilucidar la utilidad del Alprazolam en la medicación preanestésica, comparándolo con el Lorazepam, medicamento muy utilizado para estos fines, para que de ser útil usarlo en - nuestros pacientes buscando los objetivos antes mencionados.

GENERALIDADES DE BENZODIAZEPINAS

La primer benzodiazepina, Clordiazepoxido, se introdujo en la practica clinica en el año de 1960. La baja toxicidad de esta droga y de muchos otros miembros de la misma familia, aunado a su amplio espectro de actividad como ansiolíticos, hipnoticos, sedantes, anticonvulsivos y relajantes musculares, han resultado ser compuestos de Benzodiazepinas - que esta llegando a ser la droga psicotrópica recetada con más frecuencia. (6)

Además de su uso en desórdenes neuróticos, las Benzodiazepinas se prescriben también ampliamente para el tratamiento de ciertos estados considerados como psicomaticos. Existe clara evidencia del control que ejercen estas drogas en estados donde predomina la ansiedad. De ahí surgen utilidad en la medicación preanestésica. También los estados de ansiedad como parte natural de síndromes orgánicos responden adecuadamente a estos medicamentos. Después de como ansiolíticos, el principal uso de las Benzodiazepinas es en el tratamiento del insomnio. Se ha observado que mejoran la calidad del sueño y que acortan el tiempo que el paciente permanece despierto antes de dormir. Si se despierta durante la noche, permanece menos despierto antes de volver a dormir. Objetivamente, las benzodiazepinas facilitan el sueño para que este sea iniciado más rapido, menos interrumpido y dependiendo del caso, mas prolongado. (15)

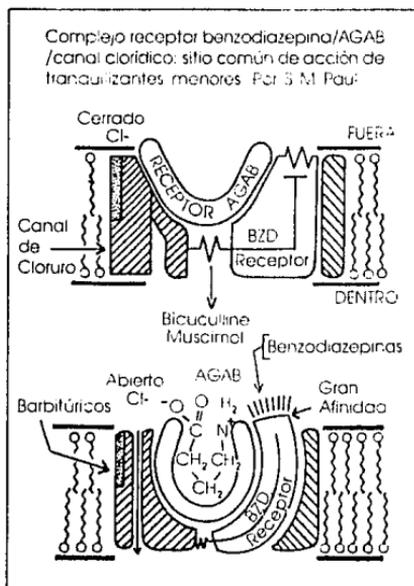
MECANISMO DE ACCION:

Nuestro conocimiento del mecanismo de acción de las Benzodiazepinas ha-

aumentado enormemente en los últimos años. Hay clara evidencia de que existe un receptor específico para esta clase de drogas en el Sistema Nervioso Central y que las Benzodiazepinas ejercen sus efectos por interacción con este receptor. (12)

El receptor de las Benzodiazepinas fue descubierto en 1977. Clínicamente las Benzodiazepinas tienen diferente potencia y existe una buena correlación entre la dosis requerida de una droga para producir un efecto ansiolítico y su constante inhibitoria. Entre más baja es la constante inhibitoria más alta es la afinidad de la droga a los sitios de unión y más baja la concentración de la droga en el plasma que se requiere para saturarlos. Las Benzodiazepinas potencializan la acción del mayor neurotransmisor del cerebro, al Acido Aminobutírico (AGAB). Se estima que AGAB está mezclado en aproximadamente 30% de las sinapsis del cerebro, y estudios experimentales han demostrado que cuando se aplica AGAB a las neuronas, casi siempre se produce una inhibición de la excitación de estas. Otros mediadores inhiben también la excitabilidad neuronal, pero el efecto de las benzodiazepinas se especificó para el AGAB. Si se inyecta una Benzodiazepina seguida de Serotonina ó AGAB. los efectos de la Serotonina no se alteran en la presencia de AGAB, quedando totalmente en reposo las neuronas. Esto explica el que estas drogas sean menos tóxicas comparativamente, que la acción de las Benzodiazepinas es indirecta y que es mediada por un neurotransmisor inhibitorio endógeno. Los efectos descritos dependen de la presencia del ion cloruro. La función del neurotransmisor, AGAB, es aumentar la permeabilidad clorídica de afuera hacia adentro de la membrana nervio-

sa. Esto resulta en hiperpolarización que disminuye la excitabilidad de las membranas. Parece que el receptor Benzodiazepinico reside en una proteína oligomérica que a su vez forma el "canal" clorhídrico. Por otra parte estas drogas no tienen efecto directo bioquímico en la permeabilidad clorhídrica; las Benzodiazepinas simplemente aumentan la acción endógena del AGAB. (12,15)



LORAZEPAM

Características Generales:

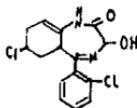
El lorazepam es el derivado 3-hidroxi-1,4-benzodiazepina, ampliamente usado como agente sedante, hipnótico y ansiolítico.

Estos efectos clínicos hacen del lorazepam un agente efectivo para la medicación preanestésica.⁽³⁾

El lorazepam es un compuesto hidro-soluble, el cual es rápidamente absorbido cuando se le administra por vía oral, sublingual y parenteral.

El lorazepam es biotransformado por conjugación directa a ácido glucurónico produciendo un metabolito hidrosoluble que se excreta por la orina. No se le han identificado metabolitos activos. Esta vía metabólica permite que la eliminación del lorazepam sea independiente de la edad, interacciones medicamentosas o presencia de patología renal.⁽¹⁴⁾

La cirrosis hepática reduce la captación por proteínas plasmáticas y prolonga la vida media significativamente. Sin embargo la hepatitis viral no altera la farmacocinética del lorazepam. Esta benzodiazepina tiene una vida media de 14 horas y la captación por proteínas plasmáticas especialmente Albumina, es de 86 a 93%.⁽⁶⁾



Efectos cardiovasculares:

Los efectos hemodinámicos del lorazepam han sido estudiados en voluntarios sanos y en pacientes con riesgo anestésico ASA 1 y ASA 2 a los que se les realizó cirugía menor. En voluntarios sanos el Lorazepam a dosis en un rango de 2 a 7 mg VO no hubo cambios en la frecuencia cardiaca, gasto cardiaco ni resistencia vascular sistémica.

Se observó en estos pacientes un incremento de la hipnosis en relación directa a la dosis. El lorazepam vía oral la noche anterior a la cirugía o por vía parenteral 2 horas antes de esta no altera la hemodinámica. Incluso se ha utilizado para cirugía cardiaca junto a dosis altas de fentanyl logrando excelentes resultados. (7,8)

Usos:

Las características clínicas y farmacocinéticas del lorazepam hacen de él un excelente agente para medicación preanestésica. La solubilidad en agua, absorción parenteral confiable, vida media de redistribución corta y ausencia de dolor o ardor cuando se aplica IV ó IM, representan algunos de sus principales ventajas. (3)

El lorazepam provee buena sedación y amnesia, libre de efectos respiratorios y cardiovasculares indeseables. Su perfil metabólico hacen de él un agente útil en el paciente renal o incluso en el hepático. El lorazepam no es utilizado comunmente como inductor de la anestesia pero es una buena alternativa. (7)

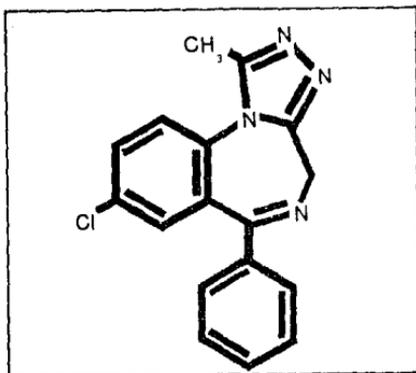
ALPRAZOLAM

Desde la introducción del clordiazepóxido en la práctica clínica hace más de 2 décadas, miles de análogos de las Benzodiazepinas han sido estudiadas en animales, docenas han sido probadas en humanos y un número relativamente pequeño se han comercializado como ansiolíticos, anticonvulsivos y músculo relajantes. Durante este tiempo el sistema del anillo 1,4 Benzodiazepina ha sido sujeto a investigación intensa en la búsqueda de compuestos con actividad ansiolítica útil. Uno de los compuestos resultantes es el 8 cloro-1-metil. Este compuesto, Alprazolam, es la primera de las Triazolobenzodiazepinas en ser aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) de los Estados Unidos, para el tratamiento de la ansiedad y la ansiedad asociada a depresión. (1,4,5,16)

FARMACOCINETICA

El Alprazolam es químicamente el 8-cloro-1-metil-6-fenil-4H-s-triazolo(4,3-a)(1,4) Benzodiazepina. La incorporación del anillo Triazol dentro de la estructura de la Benzodiazepina es la diferencia de la Benzodiazepina "clásica". El anillo triazol evita el metabolismo oxidativo usual, el cual es responsable de la generación de metabolitos de acción prolongada en muchas otras Benzodiazepinas. (5)

El Alprazolam es un polvo blanco, cristalino, soluble en metanol o etanol pero de escasa solubilidad en agua, tiene un peso molecular de 308.76 y su fórmula estructural es la siguiente:



El Alprazolam es farmacológicamente similar al Diazepam y al Clordiazepoxido, es más potente que el Diazepam en base a miligramo por miligramo, se estima que es de 5 a 15 veces más activo. Basandose en estudios en animales y humanos se ha encontrado a ésta droga como no tóxica o menos tóxica que otros compuestos similares.

El Alprazolam es una Benzodiazepina de acción intermedia con una vida media sérica de 12 a 15 horas después de una sola dosis oral. Es rápidamente absorbida después de la administración oral y tiene una actividad lipofílica intermedia comparada a la del Diazepam, el cual es la Benzodiazepina más liposoluble. Así el Diazepam entra en el Sistema Nervioso Central muy rápido, mientras que el Alprazolam se distribuye menos rápidamente.^(1,11)

Después de la administración de una sola dosis oral de .5 mg se alcanzan concentraciones máximas séricas en .7 a 2 horas. La administración de una sola dosis oral en adultos tanto inmediatamente después de alimentos como-

después de 12 horas de ayuno, se observó una variabilidad en la absorción, pero no disminuyó la cantidad de absorción en presencia de alimentos. Datos de la excreción urinaria en humanos sugieren que por lo menos el 80% es absorbido y que la absorción es independiente de la dosis. Aproximadamente el 80% del Alprazolam se une a proteínas la mayoría (68%) a la albumina sérica. (5)

La mayor parte del Alprazolam es metabolizado, pero sin la formación de metabolitos de acción prolongada. Estudios en animales han demostrado que el Alprazolam y sus metabolitos son rápida y ampliamente distribuidos en todo el cuerpo. La principal vía metabólica del Alprazolam se realiza por reacciones oxidativas microsomales a nivel hepático, produciendo metabolitos hidroxilados. Los metabolitos más comunes del Alprazolam son: Alfa-hidroxi alprazolam, 4-hidroxi alprazolam y el 1-desmetil alprazolam. El primero es el principal de ellos y se calcula que tiene el 50% de la actividad del compuesto original.

Moschitto y col y Greenblatt y col evaluaron la influencia de la edad y sexo en la farmacocinética del Alprazolam en voluntarios ancianos.

Observaron que el volumen de distribución fue significativamente menor en ancianos que en jóvenes. Como con otras Benzodiazepinas, La transformación por las vías metabólicas hepáticas en ancianos, están alteradas, especialmente en varones.

ESTUDIOS CLINICOS:

Los primeros estudios clínicos confirmaron la predicción de que el Alprazolam tiene propiedades sedantes, hipnóticas, ansiolíticas. Estudios do-

ble ciego y con placebo en voluntarios demostraron su eficacia sin observar efectos indeseables significativos. En estudios farmacológicos en humanos, pequeñas dosis vía oral produjeron "psicoedación" un estado en el cual el sujeto está tranquilo y libre de ansiedad, pero conciente y cooperador. En cuanto a su eficacia hipnótica hay una relación dosis-respuesta significativa en cuanto a la latencia de sueño y el número de despertares tanto para el Alprazolam como para el Diazepam, ambas drogas tienen un claro efecto sobre el sueño, produciendo un "mejor dormir". (10,16)

En otros estudios con Alprazolam, Diazepam y placebo, en pacientes con estados de ansiedad de moderada a severa. con dosis de 0.5 a 4 mg del primero y de 24 mg del segundo demostraron que el Alprazolam claramente "corta" la ansiedad de una manera muy similar al Diazepam. Según el estudio de Cohen en 976 pacientes, demuestra una eficacia similar al Diazepam pero con menos efectos indeseables y una vida media mas corta. Más de 4000 pacientes se han visto involucrados en estudios abiertos, doble ciego, simples en los Estados Unidos. Estos estudios han sido bien resumidos. Se ha demostrado que el Alprazolam es un agente ansiolítico efectivo, especialmente porque provee un alivio sintomático de la tensión, agitación, irritabilidad, miedo, insomnio relacionado con ansiedad y ansiedad relacionada con problemas orgánicos. (4,13)

Entre otros usos en que el Alprazolam ha probado eficacia, tenemos los estados ansiosos alcohólicos, en las fases agudas y subagudas de la abstinencia al alcohol. También se ha reportado que el Alprazolam es la única Benzodiazepina útil para aliviar los ataques de pánico. (5)

Así mismo se ha estudiado su potencial como agente antidepresivo el cual ya ha sido somprobado. No hay referencias de su uso como ansiolítico en la medicación preanestésica, pero dadas sus características ya mencionadas pudiera ser de gran utilidad.

REACCIONES ADVERSAS

El Alprazolam es una droga segura con una excelente relación eficacia/reacción adversa. Parece ser bien tolerado tomando en cuenta la opinión global de médicos y pacientes. Causa poca ó nula alteración de las actividades diarias.⁽⁴⁾ En casi todos los estudios reportados, comparando Alprazolam Vs Diazepam se observó un número de pacientes significativamente menor con Alprazolam de abandono del tratamiento por aparición de efectos colaterales. También se ha comparado con Imipramina y Clordiazepóxido, - demostrando menos efectos colaterales con Alprazolam. El efecto indeseable más frecuente son las náuseas, las cuales están relacionadas con las dosis. Entre otros efectos colaterales se han presentado debilidad, cefaleas, boca seca, mareos, constipación, diarrea, dermatitis, aumento de peso.⁽⁵⁾ Sin embargo cabe aclarar que muchos de estos efectos pueden estar provocados por la ansiedad en sí, que se han observado en tratamientos relativamente largos y que ceden al retirarse el tratamiento. En un paciente se observó caída del gasto cardíaco que se normalizó a las 8 horas, pero fue con una dosis de 2 mg, 4 veces mayor que la que utilizamos en nuestro estudio. Por otro lado no hay otros reportes de cambios en el gasto cardíaco, volumen latido, presión arterial sistémica y respuesta ventilatoria al CO₂.⁽⁵⁾

Toxicidad aguda, tolerancia y abstinencia:

Existen aproximadamente 6 reportes de sobredosis de Alprazolam. Las dosis fueron entre 9 y 30 tabletas de 0.5 mg. Se observó letargo y somnolencia, pero su recuperación sin secuelas.

Aunque existe la posibilidad de tolerancia ó de dependencia con el Alprazolam, esta es menos probable que con el Diazepam ya que la dosis inductora de dependencia puede ser sustancialmente mayor que la dosis ansiolítica.⁽⁵⁾

En general como con todas las Benzodiazepinas la cesación del Alprazolam deberá ser gradual con el objeto de minimizar la ocurrencia de signos de abstinencia incluso convulsiones.

Interacciones Medicamentosas:

El Alprazolam ha sido tomado en conjunto con otros medicamentos sin observarse reacciones adversas serias y se considera similar en este aspecto, a otras Benzodiazepinas.

Dosis y administración:

La dosis diaria vía oral recomendada de Alprazolam es de 0.5 a 4.0 mg administrada en dosis divididas. La dosis usualmente recomendada de inicio es de 0.25 a 0.5 mg en 3 dosis diarias. La dosis puede ser incrementada hasta 4.5 mg, de acuerdo a las necesidades individuales. En ancianos e individuos debilitados se inicia con 0.25 mg. Se han utilizado dosis hasta de 6 mg, sobre todo buscando los efectos antidepresivos o en pacientes que cursan con pánico, pero estas dosis aún no han sido aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA).^(4,5,16)

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo este estudio durante 6 semanas, en 60 pacientes del Servicio de Anestesiología del Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE. Los pacientes fueron de ambos sexos entre los 18 y los 60 años de edad. El riesgo anestésico según la American Society of Anesthesiologist, fue ASA 2, todos programados para cirugía electiva tanto con anestesia general como regional. Se excluyeron los que estaban recibiendo tratamiento con tranquilizantes o que manifestaron sensibilidad a los mismos, así mismo se excluyeron los que tenían succión gástrica y a los que no aceptaron el medicamento, también en los casos de embarazo y/o lactancia.

Para el estudio se establecieron 2 grupos de 30 pacientes cada uno. Al grupo I se le administró medicación preanestésica con Alprazolam 0.50 mg, la primera dosis a las 22 horas y la segunda a las 06:30 hrs. (de 60 a 90 min. antes de la cirugía), ambas dosis fueron administradas por vía oral.

Al grupo II o grupo testigo se le administró Lorazepam 2 mg por vía oral con el mismo horario que a los pacientes del grupo I.

Se solicitó y se obtuvo la cooperación de pacientes, enfermeras y anestesiólogos. En ambos grupos se llenó una hoja de registro de datos: Edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía programada, riesgo anestésico - ASA, signos vitales basales, tipo de sueño acontecido (Muy bueno, bueno ó - deficiente). Se registró además el número de horas de sueño de los pacientes entre las 22 y las 06 horas (Si fueron más de 6 horas, más de 3 hrs. o si estuvo intranquilo toda la noche).

Otro registro correspondió al estado mental de los pacientes al llegar a los quirófanos (indiferente al medio, tranquilo, intranquilo o deprimido).

Antes de iniciar las anestias se anotaron los signos vitales y finalmente se anotaron observaciones adicionales.

RESULTADOS

TABLA 1
ESTADISTICA GENERAL
GRUPO I

EDAD	PACIENTES	SEXO	
		F	M
18-19	6	2	4
20-29	10	4	6
30-39	8	2	6
40-49	3	2	1
50-59	3	1	2
	Total 30	Total 11	19

GRUPO II

18-19	4	1	3
20-29	12	8	4
30-39	7	3	4
40-49	3	1	2
50-59	4	1	3
	Total 30	Total 14	16

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA II
RIESGO

ASA I		ASA II
GRUPO I	22	8
GRUPO II	25	5

TABLA III
TIPO DE CIRUGIA

CIRUGIA	GRUPO I	GRUPO II
ORL	11	8
OFTALMOLOGIA	4	4
TRAUMA Y ORT.	6	9
CIRUGIA GRAL.	7	5
GINECOLOGIA	2	4
Total	30	30

TABLA IV

OBSERVACION DE ENFERMERIA ENTRE LAS 22 Y 06 HRS.

DURMIO	MAS DE 6 HRS.	MAS DE 3 HRS.	INTRANQUILO TODA LA NOCHE
GRUPO I	21	9	0
GRUPO II	19	10	1

TABLA V

TIPO DE SUERO

	MUY BUENO	BUENO	DEFICIENTE
GRUPO I	26	4	0
GRUPO II	21	8	1

TABLA VI

REPORTE DEL ANESTESIOLOGO AL LLEGAR A QUIROFANO

	GRUPO I	GRUPO II
INDIFERENTE AL MEDIO	3	5
TRANQUILO	27	24
INTRANQUILO	0	1
DEPRIMIDO	0	0
Total	30	30

DISCUSION

Del presente estudio comparativo de 60 pacientes, en grupos de edades, sexos, riesgo anestésico y tipo de cirugía similares, llevado a cabo - en 30 de ellos con medicación preanestésica a base de Alprazolam y en los otros 30 en los que se administró Lorazepam, los resultados de observación del Servicio de Enfermería fueron muy similares en cuanto a la duración del sueño en la mayoría de los pacientes, excepto en un pa - ci - en - te del grupo II (Lorazepam) quién estuvo intranquilo toda la noche, el tipo de sueño en términos generales fue mejor en los pacientes del - grupo I que en los pacientes de el grupo II y el estado de los pacien - tes al llegar a quirófano también fue muy parecido a excepción de 1 pa - ciente que arrivó intranquilo a quirófano.

Del presente estudio comparativo entre los efectos tranquilizantes del - Alprazolam y del Lorazepam administrados por vía oral en la medicación - preanestésica, llevació a cabo en 60 pacientes del Servicio de Anestesiolo - gía del Hospital Regional "20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., se concluyó que ambos medicamentos proporcionaron efectos tranquilizantes satis - factorios en porcentajes muy similares, y que no se observaron efectos - indeseables con ninguno de los 2 medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aden GC, Thien SG. Alprazolam compared to Diazepam in the treatment of anxiety. Journal of Clinical Psychiatry. 1980, 41:245-258.
- 2.- Collins. V. Anestesiología 2a edición. Editorial Interamericana. México. 1980
- 3.- Conner TJ, Paeson N. Evaluation of Lorazepam and Pentobarbital as surgical premedicants. Clinical Pharmacology and Therapeutics. 1976,19: - 24-29.
- 4.- Dawson SG, Brogden RN. Alprazolam: A review of its properties and efficacy in the treatment of anxiety and depression. Current Therapeutics. 1984. 25;3:21-23.
- 5.- Fawcett JA, Kravitz HM. Alprazolam: Pharmacokinetics, clinical efficacy and mechanism of action. Pharmacotherapy. 1982.2;5:243-254.
- 6.- Goodman LS & Gilman A. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica 7a. - edición. Editorial Interamericana. México. 1986.
- 7.- Kaplan JA. Cardiac Anesthesia. Second edition, 1987, Voll. Grune-Stratton. Orlando Florida.
- 8.- Knapp RB. Evaluation of the cardiopulmonary safety and effects of Lorazepam as a premedicant. Anesth Analg 53:122-24,1974.

- 9.- Korth LA, Aromaa U. Patients expectations and acceptance of the effects of the drugs given before anesthesia. Acta Anaesth Scand. 1981;25: 381-385.
- 10.- Kramer M. Dose-response effects of Alprazolam on sleep architecture - in normal subjects. Current Therapeutic Research. 1982,31;6:960-68.
- 11.- Meletzky BM. Anxiolytic efficacy of Alprazolam compared to Diazepam - and Placebo. Journal of International Medical Research, 1980.8;139-143.
- 12.- Mohler H, Okada T. Benzodiazepine receptor demonstration in the central nervous system. Science. 1977;198;849-851.
- 13.- Ogawa N, Namiki M.A. comparison of Alprazolam, Gafarnate and their - combinations in treatment of peptic ulcer patients. International Journal of clinical pharmacology, therapy and toxicology. 1985;25:2;109-111.
- 14.- Prys-Roberts. Farmacocinética de los Anestésicos. Editorial el Manual Moderno. México. 1986.
- 15.- Richter JJ. Current Theories about the mechanism of Benzodiazepines and - Neuroleptic drugs. Anesthesiology. 1981;54:66-72
- 16.- Rickels K, Csandoti I. Alprazolam, a triazolovendiazepine for the treatment of anxiety: A controlled clinical trial. Am J of Psych. 1983;40: - 82-85.

17.- Rosenman RH. The impact of anxiety on the cardiovascular system. 1985: 26;11;6-15. (Suplement).

18.- White P. Pharmacological and clinical aspects of preoperative medication. Anesth Analg.1986;65;963-974.