

11202
24/13



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

"EVALUACION DE LA ANSIEDAD Y TEMOR EN EL PACIENTE PREOPERATORIO"

TESIS DE POSTGRADO
QUE PRESENTA
DR. JAVIER CERVANTES ANDRADE
PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ANESTESIOLOGO

ASESORES:
DR. MIGUEL ANGEL ALCALA VALDERRAMA
DR. JOSE LUIS UGALDE NAVARRO



ISSSTE

TESIS CON
PATA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAGINA
CAPITULO I	
A. INTRODUCCION	1
B. JUSTIFICACIONES	3
C. OBJETIVOS	5
CAPITULO II	
A. MARCO HISTORICO-TEORICO DE LA ANSIEDAD.	7
CAPITULO III	
A. ANSIEDAD	12
B. TEMOR	23
CAPITULO IV	
A. LA VISITA PREANESTESICA	33
B. MEDICACION PREANESTESICA	41
CAPITULO V	
A. DISEÑO EXPERIMENTAL	56
B. MATERIAL Y METODOS	
CAPITULO VI	
A. RESULTADOS	64
B. DISCUSION	82
CAPITULO VII	
A. CONCLUSIONES	85
B. RESUMEN	88
C. BIBLIOGRAFIA	90

INTRODUCCION

La mayoría de los pacientes que entran en el consultorio del médico o en el hospital, admiten estar nerviosos, ansiosos, temerosos. La tensión de la sociedad contemporánea y la posibilidad de enfermedad real o imaginaria parecen inducir estas reacciones. Si guardan una relación clara con un acontecimiento o una situación de tensión, como una futura cirugía, se puede aceptar que éstos estados son normales ¹⁴.

Uno de los factores indispensables en el trabajo quirúrgico futuro, es aminorar la mortalidad y morbilidad en el quirófano hasta límites inestimables. Un aspecto poco estudiado de este problema, es la preparación del paciente para una cirugía "electiva" en grado óptimo, que exceda del tratamiento corriente de la enfermedad y de la restauración de la función.

El paciente antes de ser operado, debe de pasar por una fase de acondicionamiento físico y psicológico. No basta precisar cuál de los órganos o sistemas funcionan adecuadamente con tratamiento o sin él en las circunstancias corrientes de la vida; todo ello debe de adaptarse en forma individual para que el paciente soporte las grandes tensiones y cambios físicos y fisiológicos derivados del acto anestésico-quirúrgico. Este proceso, aplicado a los pacientes, puede compararse al adiestramiento y condicionamiento de los atletas para-

soportar una competencia deportiva. A decir verdad, el paciente opone su vigor físico a la agresión de la anestesia⁴⁷.

La ansiedad es un fenómeno, reconocido actualmente como un factor capaz de alterar el estado fisiológico de los pacientes, conduciendo al llamado síndrome de "stress", no importando edad, sexo, raza o nivel cultural^{10,27}. Los pacientes pueden presentar un alto grado de ansiedad, ya sea por temor de daño personal por los procedimientos hospitalarios.

Entre las oportunidades, responsabilidades y obligaciones del ser humano, no hay ninguna que sea mayor que la del médico. Para atender y cuidar a los que sufren, se necesita la destreza técnica, conocimientos científicos y comprensión humana. Aquel que utilice estos atributos con valor, humildad y con prudencia, proporcionará un servicio único a sus congéneres y forjará un carácter firme y constante en sí mismo²⁴.

Cada año, millones de pacientes se someten a intervenciones quirúrgicas, que para muchos de ellos constituyen la amenaza máxima y producen un stress insuperable. Aquellos de nosotros, para quienes los procedimientos hospitalarios son habituales, con frecuencia no llegamos a valorar en forma adecuada el grado de ansiedad y temor que desarrollan los pacientes.

Puede ocurrir que muchos de los anestesiólogos estén --

realmente preocupados por los problemas de proporcionar una anestesia segura para numerosas y complicadas técnicas quirúrgicas y que, sin embargo, no tiene ni el tiempo ni el deseo necesario para estudiar las ansiedades de sus pacientes en el período preoperatorio. Sabemos que desde hace mucho tiempo, se utilizan fármacos para calmar la ansiedad preoperatoria. Los informes publicados en la literatura anestésica actual recomendando nuevas sustancias y nuevas técnicas son numerosas y demuestran con claridad, que no existe todavía un método aceptado universalmente que consiga dominarla².

En relación a lo anterior, las justificaciones de realizar el presente trabajo de investigación son las siguientes:

1. Se ha observado que en la práctica hospitalaria actual, existe una deficiencia de tiempo disponible para que el anestesiólogo sostenga con el paciente conversaciones detenidas acerca de los problemas relacionados con el procedimiento anestésico-quirúrgico. De hecho ocurre que la medicación preanestésica no la administra precisamente el anestesiólogo, debido a que la delega en manos de otros miembros del personal. Con frecuencia la responsabilidad de la preparación psicológica del paciente recae sobre enfermeras y paramédicos, quienes no están preparados para realizar en la forma adecuada y correcta el abordaje de la esfera afectiva.

2. Debido a las características cada vez más tecnicizadas de la labor del anestesiólogo y el gran cúmulo de trabajo asistencial, han sustraído parte del tiempo que él dedica a la atención del paciente en el período preoperatorio, y su rol como soporte emocional de éste se ha ido perdiendo paulatinamente. Por esta razón el anestesiólogo es percibido en la actualidad por muchos enfermos, como una figura impersonal y distante, aunque capacitado y eficiente, pero sin el contenido humano ni de "realidad" que tienen los otros médicos que participan en el cuidado directo de su salud^{1,31}. El poco tiempo que dedica el anestesiólogo a establecer una buena relación médico-paciente, es posiblemente el responsable principal de esta imagen.

3. Para muchos pacientes, la anestesia y la operación es la interrupción de su vida. Lo real es que más del 70% de los pacientes reconocen tener miedo, y que la visita y medicación preanestésica, pueden disipar esta sensación en una elevada proporción de casos^{1,27}.

4. Es importante apreciar que para la mayoría de los pacientes es nueva la experiencia de su estancia en el hospital y su operación, y no están habituados a ellos, y por lo tanto desean información para entender las medidas médicas y quirúrgicas a que van a ser sometidos.

Los objetivos principales del presente estudio son los que a continuación se mencionan:

1° Establecer una buena identificación médico-paciente. Ello implica que el paciente no sólo conozca a su anestesiólogo, sino que también le tome confianza.

2° Demostrar que la información adecuado al paciente de los eventos que rodean el procedimiento anestésico-quirúrgico, disminuyen la ansiedad y el temor, cuando a través de esto se les proporcione confianza y seguridad. La conducta observada por el anestesiólogo durante la entrevista previa a la operación y el grado de confiabilidad que el equipo médico despierte en el paciente, es de los factores más significativos; capaces de reducir el impacto emocional del paciente de creerse frente a una situación de peligro real. En un paciente conciente, el resultado de esta compleja interacción entre la situación a la que está expuesto y a la actitud del equipo médico, es muchas veces superior al efecto directo de los fármacos que el anestesiólogo indica durante la visita preoperatoria. Un paciente suficientemente informado es un paciente tranquilo. Se ha demostrado que el valor de la visita preoperatoria del anestesiólogo equivale a 100 mg de pentobarbital, por su efecto calmante para disminuir la ansiedad y dar apoyo emocional.

3° Demostrar que la preparación psicológica del paciente quirúrgico, es uno de los factores de importancia para -- que tenga éxito el evento anestésico-quirúrgico. Al hacer la visita preoperatoria, conviene que el anestesiólogo manifieste su "fuerza" psicológica al paciente; el grado de esta -- fuerza, se medirá por la confianza que el paciente deposite en él y la colaboración que brinde^{1,4,27}.

4° Evidenciar la importancia que guarda la adecuada capacitación del personal médico-paramédico que intervienen en la preparación y ejecución del procedimiento anestésico-quirúrgico.

MARCO HISTORICO TEORICO.

El primer diagnóstico categórico de ansiedad fué realizado por el notable investigador Hecker (1893); y posteriormente Freud (1894), el cuál postuló a la ansiedad como "El fenómeno fundamental y el problema central de la neurósis.., punto nodal que reúne las incógnitas más importantes de todas las clases, un enigma cuya solución debe inundar de luz toda nuestra vida mental". La descripción realizada por Freud, en relación al cuadro clínico que caracteriza a la ansiedad es: Sensación de peligro inminente, irritabilidad y falta de concentración (componente psíquico) y palpitaciones, dificultad para respirar, temblor, sudoración, labilidad, paraestusias y trastornos gastrointestinales (componente somático); fueron excelentemente descritos por Freud, por lo que ha sido un componente estable en las clasificaciones psiquiátricas, durante los primeros ochenta años de este siglo.

En 1956, Shultz determinó los temores que presenta el paciente antes de la operación, e incluye los siguientes: Objeción a la anestesia, que durante la misma pueda "revelar secretos", que la operación empezará demasiado pronto, etc.

En el mismo año, Nicholson, en un reporte de la Socie--

dad Americana de Anestesiología publicado en 1956, indica los factores que aumentan o disminuyen el Temor.

En 1958, Wolpe estableció las características que permiten (Distinguir) el síndrome de ansiedad de otros trastornos psiquiátricos. La importancia de esto, determinó el desarrollo de cambios favorables para normar conductas de tratamiento más específicas del cuadro de ansiedad³³.

En el año de 1960, Sheffer y Greitman realizaron estudios mediante los cuáles midieron las respuestas emocionales de los pacientes que fueron sometidos a un procedimiento anestésico-quirúrgico. Enfatizaron la importancia que tienen tanto el cirujano como el anestesiólogo para disminuir el miedo y la ansiedad mediante las entrevistas en el periodo preoperatorio, al ofrecer a los pacientes confianza y seguridad³¹.

En 1963, Egbert y Battit compararon los efectos psicológicos de la visita preoperatoria por un anestesiólogo con el efecto del pentobarbital⁴.

En el año de 1964, Catwright describió que la preparación psicológica del paciente antes de la operación, es uno de los factores de más importancia para que tenga éxito el

acto anestésico-quirúrgico. Catwright, en su libro "Human relations and hospital care", describe el servicio hospitalario desde el punto de vista del paciente quirúrgico, y enfatiza la importancia de la comunicación entre el personal y el enfermo, y destaca el valor de las conversaciones con el paciente acerca de sus problemas, y las ventajas de informarle al mismo tiempo respecto a lo que sucederá durante su estancia en el hospital. Una visita preoperatoria por parte del anestesiólogo, no sólo permite informar al paciente de "cómo van a ir las cosas", sino además, lo tranquilizan eficazmente cuando exprese sus temores.

En 1967, otros estudios para evaluar el índice de la ansiedad preoperatoria, fueron realizados por Corman y colaboradores. Encontraron que los pacientes quirúrgicos presentan ansiedad en un 85% de los casos. Ellos realizaron esta evaluación mediante pruebas psicológicas.

En el mismo año, Norris y Baird en un estudio sobre la incidencia y etiología de la ansiedad, llegaron a la conclusión de que la visita preoperatoria puede aliviar la ansiedad debido al temor relacionado con la anestesia o el medio ambiente extraño en que se encuentra el enfermo. Estos autores finalmente recomiendan la asociación de una droga sedante en el preoperatorio²².

En 1969, Murriss y colaboradores realizaron estudios para evaluar la ansiedad preoperatoria y cuantificarla. Estos autores se basaron en estudios realizados anteriormente por Shultz en 1956 y Nicholson, para quienes era de importancia conocer la incidencia de la ansiedad y su etiología preoperatoria para intentar aliviarla ¹¹.

En 1977, Leigh, Walker y Janaganathan midieron los niveles de ansiedad en los pacientes quienes recibieron confianza (entrevista preoperatoria), acerca de la anestesia por el anesthesiólogo y encontraron que fueron significativamente -- más bajos que los de un grupo control, a los que no se les efectuó la entrevista preoperatoria. Sus resultados se basaron en pruebas psicológicas que efectuaron en el preoperatorio y en el postoperatorio. Sugirieron, que para obtener un efecto óptimo, la visita debe de ser combinada con un folleto en el que se expliquen las diferentes técnicas anestésicas y una descripción de los procedimientos que siguen cuando ingresa un paciente para que se le efectúe una intervención quirúrgica.

Aún cuando no cuantificaron en su estudio las dosis de fármacos sedantes que requirió cada uno de los pacientes en su estudio, sugirieron que los pacientes que recibieron información acerca de la anestesia y de los eventos y procedi-

mientos a los que se iban a someter durante su estancia en el hospital, toleraron mejor el stress en el preoperatorio y su recuperación fué más rápida¹⁹.

En la actualidad, uno de los métodos de más aceptación para la evaluación de la ansiedad preoperatoria corresponde a la "Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton". La cual es una prueba que consiste de 22 "items", a través de los cuales se efectúa la valoración de la depresión y ansiedad. Esta prueba se califica tomando en cuenta la puntuación total y la escala siguiente: ^{11,12}.

Depresión y ansiedad ausentes -----	0-10
Depresión y ansiedad leves -----	11-26
Depresión y ansiedad moderada -----	27-41
Depresión y ansiedad severa -----	42-67

ANSIEDAD Y TEMOR PREOPERATORIO

ANSIEDAD

La ansiedad es una experiencia común en todos los hombres, a mayor o menor medida, y una característica constante de todos los comportamientos patológicos. Prácticamente todos, o casi todos estos comportamientos de tipo patológico del hombre, están acompañados por la experiencia y las manifestaciones visibles de la ansiedad. En algunos casos, la ansiedad representa el único elemento patológico observable; y entonces puede considerarse, como una entidad nosográfica suficientemente individualizada, mientras que en otros casos es sólo uno más de los numerosos síntomas representados por el paciente y entra a formar parte de la sintomatología específica de diversos cuadros patológicos²⁴.

La ansiedad preoperatoria puede ser conceptualizada como un estado emocional que consiste en la esfera afectiva de un acontecimiento, la más de las veces desconocida y posiblemente desagradable¹.

Otro concepto de la ansiedad es el siguiente: "La ansiedad es también un estado de alerta ante un peligro amenazador, pero desprevista de contenido talamohipotalámica, con manifestaciones motoras periféricas" (H. Grunspum)²⁴.

BASES FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS.

De hecho, se ha especulado bastante en lo que se refiere a la causa, mecanismo y significa de biológico de la ansiedad, y no es posible ofrecer explicaciones satisfactorias por completo. El Psicólogo considera a la ansiedad como una conducta anticipada, es decir, un estado de incomodidad ante algo que puede ocurrir en el futuro¹⁴.

William Mc. Dougall dijo: "Que se trataba de un estado emocional que se originaba cuando un deseo poderoso y continuo parece destinado al fracaso". La emoción primaria, un tanto muda quizá, es la de temer, y su excitación en condiciones al parecer no peligrosas, se explica por el condicionamiento a algún componente recóndito de un estímulo previamente amenazador.

La única teoría psicológica bien sistematizada es la propuesta por la escuela psicoanalítica, que considera a la ansiedad como una respuesta a una situación que, en cierto modo, socava la seguridad del individuo. El contenido típico o la causa del peligro potencial está en el inconsciente de la mente. El peligro supuesto es interno más bien que externo. Ha surgido alguna tendencia primitiva, que no es compatible con las costumbres sociales vigentes, y sólo podrá ser satisfecha con riesgos para el individuo.

Los médicos han buscado pruebas de alteración de la función visceral sin buenos resultados. Se ha encontrado concentración elevada de lactato en la sangre y excreción urinaria elevada de adrenalina en algunos pacientes; en otros hay aumento de la excreción urinaria de noradrenalina. La excreción de aldosterona se encuentra aumentada dos o tres veces sobre la normal durante la ansiedad intensa. El paciente preoperatorio que experimenta ansiedad y temor mientras se prepara para su cirugía, sufre estas alteraciones mencionadas. El significado de estas observaciones no es todavía claro, pero cada día se hace más evidente que la ansiedad difusa y prolongada es un patrón de conducta relacionado con ciertas anomalías bioquímicas de la sangre y quizá del cerebro¹⁴.

Para comprender el significado de la ansiedad, hay que poner de relieve cómo las manifestaciones somáticas que se encuentran en este estado, son muy semejantes a aquellas que se encuentran en el animal frente a una situación de peligro. El aumento de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial y de la tensión muscular representan una reacción fisiológica del organismo, que se coloca en una situación más adoptada para las acciones de agresión o de defensa al confrontar un peligro físico que lo amenaza.

En el hombre, frente a una situación externa amenazan--

te, aparecen las mismas modificaciones somáticas, y paralelamente se observan algunas modificaciones psicológicas que -- significan poner al individuo en situación de enfrentar la amenaza. Así, la vigilancia aumenta, la atención se centra en el objeto peligroso, la ideación se polariza sobre la situación amenazante para la búsqueda de una vía de escape, y el individuo entra en un particular estado de ánimo de espera -- de que el acontecimiento temido o previsto se verifique. -- Cuando este peculiar complejo de manifestaciones somatopsicológicas tiene una causa real y externa al individuo, recibe el nombre de Temor; por el contrario, cuando no tiene una -- causa aparente o se presenta de manera desproporcionada a la causa, se le llama ansiedad. Realmente la ansiedad tiene -- siempre una causa interna al individuo y como el temor o la reacción de defensa del animal, constituye la reacción a una situación de peligro, somático o psicológico, para el individuo.

Así pues, la ansiedad es una señal de peligro y al mismo tiempo una reacción de defensa que puede asumir en ciertas circunstancias un significado patológico por cuanto que se autoreforza de continuo.

En seguida se analizarán brevemente las situaciones de peligro susceptibles de desencadenar una reacción de ansiedad:

1. Situaciones de peligro relacionadas con modificaciones somáticas. Es el caso de los estados de ansiedad que se encuentran en mayor o menor medida en todas las enfermedades somáticas. Fácilmente se puede comprender como cada vez que el individuo es atacado de cualquier enfermedad, presentan un estado de ansiedad por cuanto que el peligro más o menos percibido conscientemente es el de muerte; o sea, el de la destrucción del individuo. Esta es la ansiedad de las enfermedades internas, de las enfermedades quirúrgicas²⁴.

2. La ansiedad de los pacientes frente a la proximidad del acto anestésico-quirúrgico, está relacionado y condicionado por muchos factores, entre otros el ambiente hospitalario, la personalidad y las creencias religiosas del paciente, su grado de resignación frente a la situación, su cultura, su experiencia quirúrgica previa o a la de sus familiares y conocidos.

GENESIS DE LOS SINTOMAS FISICOS Y PSIQUICOS DE LA ANSIEDAD.

La sintomatología ansiosa tiene su base en una situación de peligro para el individuo a nivel somático o psíquico.

El origen de la compleja sintomatología de los estados de ansiedad puede interpretarse con base a este último elemento o basado en algunas nociones de neurofisiología. En virtud de las conexiones existentes entre la corteza (sede de los llamados procesos psíquicos superiores) y el hipotálamo (centro de regulación de las funciones vegetativas), el estímulo emocional constituido por la situación de peligro provoca una liberación de estímulos que invaden todos los órganos con una inervación vegetativa bajo el control del hipotálamo mismo. Esta estimulación provoca alteraciones funcionales a cargo de uno o de otro de los territorios somáticos con inervación vegetativa. Tales disturbios funcionales los percibe el individuo y retornan a la corteza, potencializando la situación de excitación originaria de la que había partido el primer estímulo. De esta manera los estímulos hacia el hipotálamo y hacia los órganos periféricos son potencializados y amplificadas, dando origen a un circuito cerrado que se potencializa continuamente (Figura No. 1).

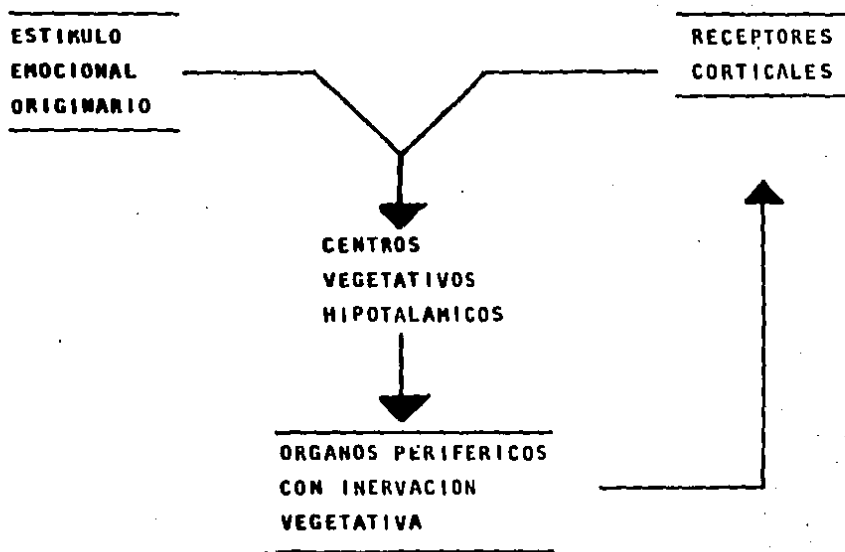


Fig. No. 1

Circuito de retroalimentación de la autopoten-
cialización de los síntomas psíquicos y somá-
ticos de la ansiedad.

Así pues, la compleja sintomatología somática de la ansiedad, encuentra una explicación en la excitación de los centros vegetativos, unidos funcionalmente a la corteza. El circuito cerrado descrito en líneas anteriores, favorecen la potencialización de tales trastornos. Por otra parte, la percepción de los trastornos somáticos periféricos contribuye a aumentar la sensación de incomodidad, de inquietud de peligro y de temor de estar enfermo, típica de la situación ansiosa^{8,24}.

CUADRO CLINICO.

La ansiedad se manifiesta a través de tres grupos de síntomas usualmente presentes de manera simultánea, pero que pueden estar representados de diferente manera en cada paciente. En ocasiones, basta uno de tales síntomas para suponer un estado de ansiedad, y un exámen más profundo permitirá generalmente descubrir la presencia de otras alteraciones.

Tal grupo de síntomas está constituido por:

- a. Trastornos somáticos.
- b. Trastornos psíquicos.
- c. Trastornos conductuales.

a. TRASTORNOS SOMATICOS.

Estos trastornos pueden aparecer de manera aguda brusca

mente o estar presentes de modo constante, con períodos de -
remisión y de reactivación, pudiendo interesar los más diver
sos segmentos corporales dada su base neurovegetativa y pue-
den ser en ocasiones, tan graves como para inhabilitar con -
severidad al paciente.

Los síntomas cardiovasculares son los más frecuentes; -
crisis disneicas, sensación molesta de "falta de aire" o de-
ahogo, dolor precordial, tos rebelde, etc.

Los síntomas gastrointestinales están representados por
trastornos más variados: trastornos hipogástricos, irregula-
ridades del ritmo excretorio, espasmos faríngeos, náuseas, -
vómito, sequedad bucal, sed y hambre paroxística, dolor, a-
gruras y sensaciones de constricción gástrica o abdominal, -
etc.

Los síntomas genitourinarios pueden ser polaquiuria, im
potencia transitoria y trastornos del ciclo menstrual.

b. TRASTORNOS PSÍQUICOS.

La sensación de peligro: Es la que refieren habitualmen-
te los pacientes ansiosos de sentirse como si se encontraran
en una situación de peligro inminente: "Me siento como si me
fuera a ocurrir algo de un momento a otro, pero no sé qué --

es...". Esta es una de las expresiones más frecuentemente referidas por los enfermos ansiosos. La sensación de malestar que provoca la ansiedad, es en ocasiones tan intensa como para sobreponerse a los trastornos físicos confundiendo con ellos, de manera que en la ansiedad es bastante difícil distinguir hasta qué punto la desagradable impresión de temor, de peligro o de amenaza, es autónoma; y hasta qué punto depende de la impresión de los propios trastornos físicos¹⁵.

Las preocupaciones inmotivadas: Estrechamente unidas al síntoma presente, están las continuas preocupaciones del ansioso; éstas tienen que ver en primer lugar con la propia salud, y de hecho se encuentran muy unidas a las sensaciones descritas pero prácticamente tienen que ver con todos los hechos y todas las personas que de alguna manera están en relación con el paciente. Entre éstas, se hallan las preocupaciones acerca del futuro, que es visto de manera pesimista y problemática; preocupaciones relacionadas con la familia y de los afectos, preocupaciones relacionadas con el trabajo.

Estos temores y estas preocupaciones tienden a presentarse de manera reiterativa, o asumiendo a veces tonalidades dramáticas, sin que sean reales o evidentemente justificados los motivos de tales manifestaciones.

Déficits de habilidades. En la ansiedad, es típica la reducción de las capacidades de rendimiento de que se queja el paciente. La dificultad de concentración, la imposibilidad para aplicarse por largo tiempo a una tarea, y los diversos trastornos de la memoria, son los signos más frecuentes que se traducen, en el plano práctico, es una disminución de la capacidad habitual para atender las ocupaciones de cada día, sobre todo en el campo laboral. Entre los déficits de las habilidades, recuérdese también la fatiga, la que acompaña a todos los estados de ansiedad bajo la forma de una penosa sensación de cansancio de astenia y de fácil fatigabilidad física y psíquica³.

c. TRASTORNOS CONDUCTUALES.

Existen algunos rasgos conductuales observables que hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con el paciente.

Ante todo, la inquietud motora: El ansioso no logra mantener la misma posición por largo tiempo, generalmente se estreja o se "tuerce" las manos, a veces se muerde las uñas o se lastima los labios con los dientes, en ocasiones tiene movimientos rítmicos estereotipados o "tics".

En seguida, la irritabilidad: En los estados de ansie-

dad, la tolerancia a los estímulos está reducida; en ocasiones basta un estímulo acústico o visual que en condiciones normales se toleraría para producir reacciones motoras poco controladas. Así mismo, estímulos verbales caracterizados especialmente por una fuerte carga emotiva, pueden provocar reacciones agresivas desproporcionadas a la intensidad del estímulo.

Las perturbaciones del sueño acompañan con notable secuencia a los estados ansiosos; generalmente dificultad para iniciar el sueño, pero también despertar precoz, hasta llegar al verdadero insomnio. Además la mayoría de los sueños son de contenido angustioso o terrorífico.

Por último, como se ha apuntado, trastornos de la alimentación: Paradójicamente, la ansiedad puede ser el origen de dos comportamientos opuestos: Inapetencia o rechazo del alimento y bulimia (alimentación excesiva).^{4,5}

TEMOR.

Se define como el estado emocional de alerta ante un peligro amenazante, caracterizado por un conocimiento intelectual de éste, y de control cortical, con sensación psicológica solamente.

El miedo es un estado intelectual de la propia ansiedad y por cualquier razón, cuando hay pérdida del contenido intelectual del temor, surge nuevamente la ansiedad primitiva. - El temor puede ser tratado por terapia compartamental, sea por extinción del estímulo, sea por modificación de las respuestas. La ansiedad puede estar focalizada en un objeto, situación o actividad que puede ser evitada o permanecer en -- cambio no focalizada y difusa^{1,4}.

El temor está relacionado con un riesgo inminente que, por ser también desconocido para el paciente, puede éste visualizarlo como algo exagerado y con mucha distorsión.

Ramsay²⁷, intentó determinar la incidencia del temor en el período preoperatorio entrevistando a 382 pacientes 24 horas antes de una intervención quirúrgica. De este total, el 73% admitió que se sentían temerosos por causas que estaban así distribuidas:

- a. Temor a la anestesia 62%
 - b. Temor a la cirugía 15%
 - c. Temor por motivos 23%
- variados.

INFLUENCIAS DEL TEMOR.

La actitud mental de los pacientes quirúrgicos, tiene -

Influencia notable en los resultados de la operación.

Shultz⁴, ha clasificado los temores específicos que presenta un paciente antes de la operación. Incluyen estos:

- a. Objeción a la anestesia.
- b. Que en la anestesia pueda "revelar secretos".
- c. Que la operación empezará demasiado pronto.
- d. Que pueda despertar durante la operación.
- e. Que "quizá no despierte después de la operación".
- f. Temores de asfixia o mutilaciones, etc.

En forma breve, diremos que el temor produce aprensión y ansiedad, irritabilidad del sistema nervioso y por último, resistencia a la anestesia. Lo anterior puede aumentar o disminuir por varios factores: (Ver el siguiente esquema).

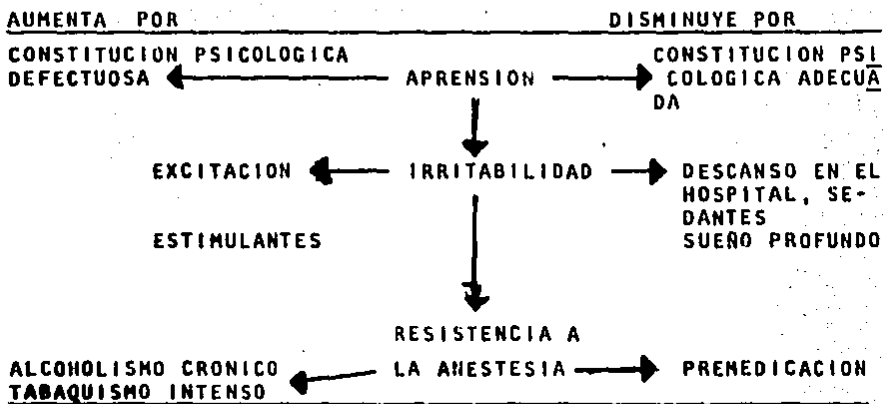


Fig. No. 2. Influencia del temor (según Nicholson)

Sheffer analizó las respuestas emocionales de los pacientes quirúrgicos a la anestesia y las enumeró de esta forma^{4.31}:

1. Reacciones de defensa basadas en recelo, que se manifiestan por resistencia, huida y falta de colaboración.
2. Reacciones de conversión; el temor se expresa en dos formas; por fenómenos motores insólitos y por respuesta autónomas.
3. Alteraciones del sueño, que se encuentra en el 40% de los pacientes.
4. Alteraciones de la personalidad, que se presentan en el 30%; aparecen fatiga, ideas fijas y sentimientos de angustia e inquietud.

Estas reacciones emocionales desencadenan modificaciones autonómicas que se revelan por hiperactividad simpática, la cual ha sido comprobada por elevación del nivel de andro-

nalina en el plasma. Sin embargo, no hay una uniformidad en las respuestas fisiológicas de un estado emocional. Al contrario, un mismo estímulo en los individuos puede producir respuestas diferentes predominando en uno de ellos las alteraciones cardiovasculares y en el otro una hipertonia de la musculatura esquelética. Se deduce fácilmente que la ausencia de tensión psíquica, beneficia la homeostasis durante el acto quirúrgico y, posiblemente, reduce la cantidad de anestesia.

Es extremadamente difícil cuantificar el temor y la ansiedad preoperatoria. Los exámenes subjetivos no son lo suficientemente precisos. Por eso, se han buscado muchos métodos objetivos con la finalidad de que obtengan resultados más confiables. Sin embargo, estos métodos no son fácilmente aplicables en la rutina clínica, y los resultados obtenidos hasta ahora, pueden ser criticados en algunos puntos. Si es difícil cuantificar la ansiedad, es casi imposible evaluar objetivamente el efecto ansiolítico de los medicamentos utilizados^{1,6}.

DIAGNOSTICO

En general, no es un problema diagnosticar correctamente la presencia de una condición ansiosa, pero puede ser difícil dar a la ansiedad su correcto significado diagnóstico.

La ansiedad es una señal inespecífica de alarma del organismo frente a una amenaza para la propia integridad somática o psíquica. Por tanto, para el diagnóstico se toma en cuenta lo siguiente:

Si la ansiedad es sintomática de una lesión o enfermedad orgánica: Un cuidadoso examen objetivo puede aclarar esta duda en casi la totalidad de los casos. En este caso, la búsqueda de signos de organicidad en el examen psíquico; sobre todo en los Tests mentales de organicidad, podrán aclarar la duda diagnóstica.

EXAMEN MEDIANTE REACTIVOS MENTALES (TESTS).

El examen psíquico, conducido a través del interrogatorio, siempre debe complementarse mediante los reactivos mentales (tests). Hoy día, la importancia de los tests en clínica puede ser parangonada con la de la radiología en medicina interna, siendo el examen psicodiagnóstico con los tests al examen psíquico lo que el examen radiológico es al examen objetivo somático del enfermo. Para la radiología, en medicina, los tests no son absolutamente un sustituto del examen psíquico pero representan un complemento indispensable, permitiendo confirmar sospechas diagnósticas surgidas durante el interrogatorio, explorar áreas de la personalidad no abordables mediante el examen directo, sugerir indicaciones ter-

rapéuticas y controlar el curso de la enfermedad y los efectos a distancia del tratamiento.

Los reactivos mentales en uno son muchos, pero para fines del presente trabajo se realizará el examen o cuestionario de escala breve de apreciación Psiquiátrica (BPRS) Anexo I, que cuenta con 21 reactivos o ítems, que abarca genéricamente la patología psiquiátrica: El propósito es realizar la evaluación de la incidencia y grado de ansiedad en el paciente quirúrgico.

La Escala Breve de apreciación Psiquiátrica engloba las características de la personalidad: Ansiedad, depresión, trastornos del pensamiento y las alteraciones cognitivas actual que presentan los pacientes en el momento del estudio.

TERAPEUTICA.

Es de fundamental importancia, que se asocie a una terapia farmacológica bien dosificada, una actitud psicoterapéutica de tipo tranquilizante. Como se ha dicho, la ansiedad es en efecto, entre los síntomas psiquiátricos, el más directamente influido por el tipo de relación interpersonal que se desarrolla entre el paciente y su médico. Hay que recordar - que la ansiedad se potencializa con rapidez frente a la an-

siedad y a la agresividad de los otros y se puede reducir notablemente de manera análoga frente a una actitud tranquilizante y gratificante. A menudo se puede controlar un estado de ansiedad simplemente hablando con el paciente; sin embargo, a veces quizá se necesite una terapia farmacológica, sobre todo en los casos en que es necesaria una intervención rápida.

LOS ANSIOLITICOS (TRANQUILIZANTES MENORES).

Definición.

Los ansiolíticos son fármacos activos contra todos los estados ansiosos de cualquier origen.

CLASIFICACION.

La siguiente clasificación, basada en la diferente estructura química, reporta los grupos de ansiolíticos empleados en orden de importancia clínica:

1. Benzodiazepinas.
2. Meprobamatos.
3. Difenilmetanos.

De estos tres grupos, el primero, o sea el de las benzodiazepinas, ha adquirido una importancia dominante; el segundo grupo, que fué el primero en ser sintetizado, se emplea bastante menos; el tercero posee en la actualidad escasa a--

plicaciones terapéuticas. La tabla muestra el nombre químico de los ansiolíticos, divididos por grupo y su denominación comercial.

TABLA ANSIOLITICOS

GRUPO	NOMBRE QUIMICO	NOMBRE COMERCIAL
1. BENSODIAZEPINAS	CLORDIAZEPOXIDO	LIBRIUM
	DIAZEPAM	VALIUM, ALBORAL
	OXAZEPAM	BONARE, BUSCOPAX
	MEDAZEPAM	NOBRIUM
	CLORACEPATO	TRANXENE
	DIPOTASICO	
	LORAZEPAM	ATIVAN
ALPRAZOLAM		
2. ALCANDIOLES	MEPROBAMATO	MEPROPERSANTIN
3. DIFENILMETANOS	HIROXIZINA	ATARAX

INDICACIONES.

Como se ha dicho, existe indicación para el tratamiento con tranquilizantes en la ansiedad. No obstante, tales -

Indicaciones son proporcionales a la gravedad de los trastornos ansiosos del paciente. En efecto, no hay que olvidar que la ansiedad puede ser el síntoma que predomina en el paciente, o puede acompañar a otros trastornos patológicos. Tampoco hay que olvidar que la génesis de la ansiedad es compleja y, que por lo tanto, los ansiolíticos constituyen simplemente una cura sintomática. En la mayoría de los casos, ésta -- puede ser escasamente eficaz si no se asocia a una oportuna y adecuada psicoterapia.

ELECCION DEL ANSIOLITICO.

Dado el notable número de productos que hay en el mercado, puede ser difícil escoger alguno entre todos los que existen disponibles; motivo por el cual seleccionamos el Diazepam, en el presente trabajo, dado a su más fácil acceso y ser el más conocido en nuestra área²⁴. (Ver Página 48).

LA VISITA PREANESTESICA.

VALORACION Y PREPARACION DEL PACIENTE PREOPERATORIO.

Es importante que el anestesiólogo visite al paciente - que se someterá a una operación cuando menos un día antes de la misma. La visita proporcionará al paciente comodidad y seguridad⁴.

"... La responsabilidad del anestesiólogo en la evaluación preoperatoria de cada paciente dependerá de su preparación experiencia en fisiopatología clínica, pero también, y en gran parte, del tipo de organización asistencial en lo -- que le toca ejercer su especialidad y de la clase de cirujanos con los que te toca colaborar". (J. Nesi 1976).¹.

El anestesiólogo también sirve como consejero del cirujano respecto a problemas de farmacología y fisiología. De hecho deberá dominar la mayor parte de los aspectos prácticos de la clínica en el quirófano. Es un internista en la sala de operación y por ello le corresponde tratar alteraciones fisiológicas, requerimientos farmacológicos y complicaciones médicas que pueda sufrir el paciente en el curso de la anestesia y la cirugía. Sus obligaciones y esfera de actividad son bastantes claras. Cuida de los cambios fisiológicos y del paciente, cosa que permite al cirujano concentrar

se por completo y corregir con pericia las anomalías anatómicas.

Para la evaluación psicológica del paciente quirúrgico se han elaborado distintos métodos, que los han clasificado en subjetivos y objetivos. Entre las escalas subjetivas están las de Lankton y Zuckermann. Entre los métodos objetivos se puede mencionar los que miden la resistencia eléctrica de la piel, las respuestas circulatorias frente a situaciones que denotan o producen ansiedad⁴, y las respuestas metabólicas y endocrinas que permiten comparar con cierto grado de confiabilidad los efectos de los distintos procedimientos -- tranquilizantes. Independientemente de los métodos que se emplean para conocer el grado de ansiedad, lo habitual es que el paciente quirúrgico está ansioso. Muchas de estas sensaciones están relacionadas con su incapacidad para evaluar objetivamente aquellas circunstancias ligadas a su condición de enfermo, las cuales inducen en él una sensación de peligro. Esto es como si su capacidad discriminatoria respecto a los distintos factores que se conjugan en la situación en la que se halla expuesto, se hubiese perdido y se hubiese bloqueado su capacidad de interpretación real de aquélla. Si no se resuelve esta situación generadora de pensamientos inciertos, que contribuyen a distorcionar la apreciación valorati-

va de la realidad, la ansiedad se puede transformar en verdadero miedo.

Al realizar la visita preoperatoria, conviene que el anestesiólogo manifieste su "Fuerza psicológica" al paciente, el valor de esto se calificará por la confianza que el paciente deposite en él y la cooperación que brinde.

Buskirk^{4,1}, Ha esquematizado algunas sugerencias para el mejor manejo del paciente quirúrgico.:

1. Trátase a los pacientes como seres humanos.
2. Tener una actitud amistosa, explicar al paciente el objetivo de la visita y el plan que se seguirá.
3. Dar atención a lo que dicen, ser lo más agradable y comprensivo.
4. Tener paciencia y sentido humano.
5. Tratar de que el paciente colabore al máximo.
6. Contestar las preguntas que el paciente hace, en forma amistosa y comprensible.
7. Tratar de vencer sus temores.

Al realizar la visita preoperatoria, el anestesiólogo debe cumplir con los siguientes objetivos básicos de la visita preoperatoria:

1. Establecer una buena relación médico-paciente, para que el anestesiólogo sea identificado por el paciente y le tome confianza.

2. El segundo objetivo de la visita preoperatoria es evaluar y disipar la ansiedad y el temor que el paciente presenta desde el momento que se le anuncia que va a ser operado.

Y ya que los estímulos emocionales desencadenan reacciones neurovegetativas y hormonales, las que repercuten no sólo sobre el aparato cardiocirculatorio, sino que pueden producir otras manifestaciones somáticas, es importante que el anestesiólogo sepa reconocerlas para tratarlas adecuadamente. Esto no siempre es fácil, ya que la disponibilidad de métodos precisos para evaluar el grado de ansiedad y su posible repercusión sobre la anestesia, no siempre se encuentran al alcance del anestesiólogo.

Sin embargo, la respuesta emocional de los pacientes -- frente a la inminencia del acto anestésico-quirúrgico no es uniforme. Ella está condicionada por muchos factores, entre otros, el ambiente hospitalario, la personalidad y las creencias religiosas del paciente, su grado de resignación frente

a la situación, su cultura, su experiencia quirúrgica previa; pero los factores más significativos, capaces de reducir el impacto emocional de creerse frente a una situación de peligro, es la conducta observada por el anestesiólogo en cargo de la entrevista previa a la operación, y el grado de confianza que el equipo médico despierta en el paciente.

3. El tercer objetivo de la entrevista preanestésica es hacer una correcta evaluación clínica del paciente quirúrgico. La anestesiología es una especialidad esencialmente clínica. Como tal, la visita preanestésica debería de estar orientada a descubrir los predictores de riesgo, que nos permitan adoptar conductas médicas anticipadas, o proveer los incidentes y los accidentes que el evento anestésico-quirúrgico pudiesen ocasionar al paciente. Se entiende por riesgo a la probabilidad de que una circunstancia, o un grupo de ellas, pueda producir un daño a la persona. Un factor de riesgo es cada una de las contingencias, rasgos o circunstancias claramente identificables - es decir, capaces de ser aisladas del contexto situacional al que pertenecen-, cuya acción o presencia equivale a una amenaza, o a un peligro para la salud o para la vida del individuo. En este sentido, todo factor de riesgo se puede considerar como un predictor de riesgo. Cada una de estas circunstancias implica otros tan-

tos factores de riesgo, que si son individualizados y conocidos con anticipación, funcionan como predictores de riesgo, ya que su presencia implica, en cierta manera una amenaza para la seguridad del paciente y su control o eliminación disminuyen la probabilidad de que nuestro paciente sufra un accidente. La correcta evaluación del riesgo ha adquirido un gran valor predictivo y permite establecer con mayor propiedad las conductas preanestésicas que tiendan a disminuir la aparición de complicaciones preanestésicas. La lectura minuciosa de la historia clínica del paciente y su examen físico en forma meticulosa, deben permitirnos los factores de riesgo, para formar entonces las medidas correctas a fin de que el evento anestésico-quirúrgico transcurra con el menor número de incidentes desfavorable.

4. La cuarta función de la visita preanestésica es indicar la medicación más apropiada o conveniente para resolver los problemas médicos derivados de la evaluación clínica de nuestro paciente. Los medicamentos que el anestesiólogo emplea habitualmente en el preoperatorio del paciente, pertenecen a alguna de las siguientes categorías¹: a) barbitúricos, b) ansiolíticos, sedantes y amnésicos, c) neurolepticos, - d) narcóticos y e) bloqueadores autonómicos.

Es importante asegurar un sueño tranquilo en la noche -

que precede al día de la intervención, que tenga un carácter reparador sobre la fisiología y la psiquis del paciente. El objetivo primordial es contribuir a asegurar al paciente este reposo físico y mental.

Al terminar la visita preoperatoria, el paciente debe de quedar tranquilo, sin angustia, una vez que se le han explicado los métodos anestésicos y operatorios, para que cuando se encuentre en el acto quirúrgico, no le sea desconocido del todo. Se ha demostrado que el valor de la visita preoperatoria del anestesiólogo equivale a 100 mg de pentobarbital por su efecto sedante y calmante, y es mejor para calmar la ansiedad y dar apoyo emocional.

A veces es necesaria y útil la consulta de un psiquiatra al valorar con criterio los casos en que se sospeche alguna alteración relacionada a psicosis y psiconeurosis, por lo que conviene hacer en estos casos la preparación del paciente lo mejor posible para evitar episodios psicóticos. A veces ha habido la necesidad de cancelar un método anestésico si de ello resulta agravamiento de un estado psiquiátrico.

Si el médico no da una orientación adecuada y correcta, existe la posibilidad de la aparición de fenómenos, que pueden ser: Delirio, confusión y desorientación en el postoperatorio.

rio. Es frecuente y molesto para estos enfermos la deformación que hacen de la realidad ("ilusión"), en tanto que no suelen observarse las alucinaciones. Por lo que es necesario establecer la diferencia de estas dos entidades, tomando como base las definiciones de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense.

Falsa percepción ("ilusión"). Es la interpretación errónea de una experiencia real externa, captada por los sentidos. Esto es, una deformación de la captación de la realidad que suele ser de índole visual, auditiva o propioceptiva.

Alucinación. Una percepción falsa, en ausencia de una experiencia sensitiva externa.

MEDICACION PREANESTESICA.

Recientemente fué aprobado por la Confederación Latinoamericana de la Sociedad de Anestesiología, la siguiente definición propuesta por la Comisión de Nomenclatura de este Organismo.: "La medicación consiste en la administración de droga, o drogas, en el período preoperatorio, destinados a reducir la ansiedad, facilitar la anestesia y a minimizar sus complicaciones y/o sus efectos colaterales".

La medicación preanestésica tiene por finalidad:

1. Preparar al paciente para la anestesia al producir un estado de "adecuación" para inducir la anestesia, al aminorar la actividad del sistema nervioso.

2. Sirve para contribuir al proceso anestésico y disminuir las dosis necesarias de anestésicos.

La medicación preanestésica presenta cuatro metas básicas de índole general.:

- 1° Disminuir el temor y la ansiedad, con lo cual se logra la relajación mental y emocional, através de la sedación cortical, tranquilidad cortical y amnesia.

- 2° Disminuir los estímulos sensitivos contrípetos a través de la analgesia para dominar el dolor real o dolor anticipatorio.

3° Disminución del metabolismo. Incluye la reducción de las demandas de oxígeno y la disminución de las dosis de anestésicos.

4° Antagonizar los efectos nocivos del Sistema Nervioso Autónomo. Al disminuir la liberación de catecolaminas, tiene un efecto "anti-stress", efecto antisecretor (salival e intestinal).

Lo anterior se supone que se lleva a cabo por sedación y por depresión metabólica, merced a los efectos de fármacos y narcóticos.

Desde el punto de vista histórico, Lorenzo Bruno, en el año de 1850, sugirió el empleo de morfina para calmar al paciente antes de anestesiarlo. Ulteriormente, Claudio Bernard puso en práctica esta idea^{1,4}.

Breecher refutó dicho método y sostuvo que los narcóticos no disminuyen el metabolismo basal. Las drogas de más importancia, morfina y meperidina, son principalmente analgésicos y por ello conviene emplearlos sólo cuando el paciente experimenta dolor. Se ha dicho que los narcóticos proporcionan poca sedación eficaz o poco estado de bienestar, en tanto que puede aparecer el efecto contrario, esto es, un estado de disforia. Estas estimaciones necesitan comprobación.

De hecho el análisis de la gran experiencia que se tiene con ellos, indica que tienen efecto beneficioso y facilidad en la producción del estado anestésico, al igual que contribuyen en cierto grado en el fenómeno de la anestesia⁴.

SEDACION CORTICAL PRIMARIA.

Es necesario reconocer, que la sedación cortical sencilla sin usar narcóticos, es el segundo método de la medicación preanestésica. Los fármacos recomendados son sustancias sedantes, representadas por las Benzodiazepinas. Este método tiene ventajas. La consecuencia de disminuir la actividad mental, se traduce en calma y disminución de la actividad física. Ello conduce al estado basal; en pocas palabras la depresión cortical es la clave de este segundo método.

SUPRESION SUBCORTICAL.

Suele disponerse de un tercer método para depresión subcortical. Al disminuir los mecanismos de vigilia, se reduce el estado de conciencia y la sensibilidad del paciente. El sitio de acción es principalmente el sistema reticular activador; además los fármacos con ese efecto son también depresores del hipotálamo y del tálamo. Por ello se produce cierto grado de disminución de la sensibilidad autónoma y en esta forma se evitan los efectos nocivos del stress. Los agentes básicos para realizar lo anterior son los tranquilizan-

tes representados por las benzodiazepinas.

La medicación preanestésica, está dirigida específicamente a la zona del sistema nervioso que tiene sobreactividad patente. Inherente en el empleo de cualquier droga para la medicación, está el peligro de reacciones de carácter químico del fármaco o por la incapacidad de precisar la sensibilidad individual y la respuesta del paciente.

PERSONALIDAD Y RESPUESTAS AL FÁRMACO.

Se sabe que existe alguna relación entre la personalidad y las respuestas a los fármacos. Se recomienda hacer un estudio de la personalidad del enfermo antes de emplear fármacos depresores, en especial los analgésicos. Se tendrá enorme cuidado en su uso en sujetos viciosos o con propensión al "Hábito" (Dickie).

Muchos médicos conocen la variedad de efectos que siguen a la administración de una misma dosis de fármacos durante el mismo tiempo y a grupos semejantes de pacientes. Alguno de los factores que explican la variabilidad son los siguientes:

1. La capacidad de reacción determinada por la constitución del sujeto.

2. Las condiciones ambientales, esto es, hospital u hogar, presencia de dolor, o de enfermedad aguda o crónica.

3. La personalidad del sujeto.

CONSTITUCION Y PERSONALIDAD.

Para precisar la dosis se deben tener en cuenta varios factores constitucionales. Suelen variar con la edad, peso, sexo y estado psicológico. No han tenido éxito los intentos de clasificar los pacientes de acuerdo a su constitución física. Hemos aplicado la clasificación de Kretschmer de los individuos, que divide la complexión corporal en cuatro tipos básicos. Cuadra a sus pacientes de reacción de la siguiente manera.:

1. TIPO ASTENICO. Sujeto alto y delgado, suele sufrir tensión, hipersensible al stress. Se le llama a veces individuo vagotónico.

2. TIPO PICNICO. Persona gruesa y de baja estatura, son bastante joviales y extrovertidas; pueden denominarse individuos simpatotónicos.

3. TIPO ATLETICO. Persona de complexión adecuada y bien proporcionada, delgado y musculoso; se ajusta bastante bien-

a la mayor parte de las situaciones.

4. TIPO DISPLASICO. Puede ser lisiado o deforme. Estos individuos tienden a ser esquivos, asustadizos; a veces son obsequiosos, prefieren llevar una vida protegida en un medio que los resguarde.

Según las actividades que se asocian con la compleción natural, se pueden anticipar en cierto grado las pautas de reacción del sujeto y su respuesta a los fármacos. El paciente del tipo asténico requiere de sedación y tranquilidad, aspectos importantes en estos paciente. El tipo pícnico responde a la sugestión y sólo necesita sedación moderada. La persona atlética necesita depresión de la actividad metabólica. La persona displásica necesita supresión de su temor y recelos.

Otro concepto interesante respecto a los fármacos y la personalidad, es la Teoría del Temperamento de Mc. Dougall, que considera puede graduarse la dimensión de la personalidad en una escala de temperamento desde la extroversión a la introversión:

1. La persona con extroversión notable es muy susceptible a los fármacos depresores, incluyendo el alcohol.

2. La persona introvertida es resistente a los fármacos depresores.

Eysenk ha valorado lo anterior por medio del umbral de sedación, como unidad de medida. Con base a ello, ha relacionado la personalidad con la facilidad con que se logra la sedación. La escala a continuación incluye el "espectro" de la personalidad:

ESTIMULACION		DEPRESION		
INSOMNIO	INTROVERTIDO	NEUROTICO	EXTROVERTIDOS	SUERO
	Potencial fuerte de excitación		Potencial fuerte de inhibición	Umbral de sedación

Se han relacionado las emociones con la liberación de sustancias suprarrenales. En términos generales, el individuo ansioso, pero que reacciona pasivamente, presenta excreción y liberación elevada de adrenalina. Por otra parte, el sujeto con personalidad extrovertida y tendencias agresivas tiene excreción notable de noradrenalina. Estas observaciones pueden permitir cierto conocimiento de las reacciones variables al estado de "alarma".

Es interesante observar que los miembros del reino ani-

mal contrastan notablemente en su liberación hormonal cuando se enfrentan a situaciones de alarma. En el león predomina la producción de noradrenalina en tanto que el conejo, que suele correr con rapidéz, tiene liberación elevada de adrenalina^{1,4}.

DROGAS UTILIZADAS EN LA MEDICACION PREANESTESICA.

Para alcanzar los objetivos presupuestos para la medicación preanestésica, se emplean varios tipos de drogas. Las que van dirigidas básicamente al control farmacológico de la ansiedad. Debemos aclarar, inicialmente, que todas estas -- drogas (Fig. No. 3) ejercen otros efectos, además de la sedación que pretendemos, y que pueden ser consideradas como útiles o como indeseables.

Figura No. 3 DROGAS UTILIZADAS PRA EL CONTROL FARMACOLOGICO DE LA ANSIEDAD.

-
1. OPIACEOS: Morfina, Meperidina y Fentanil.
 2. BARBITURICOS: Pentobarbital, Secobarbital, Tiopental, etc.
 3. DERIVADOS DE LA FENOTIAZINA: Clorpromazina, Prometazina, Promazina, Proclorperazina y Fertenzina.
 4. BUTIROFENONAS: Haloperidol y Droperidol.
 5. BENZODIAZEPINAS: Diazepam, Lorazepam, nitrazepam, etc.
-

Para fines prácticos del presente estudio, realizamos una breve descripción de las benzodiazepinas, principalmente del diazepam.

BENZODIAZEPINAS.

También denominadas tranquilizantes menores; los benzodiazepínicos son sustancias que pasaron a ser usadas en clínica anestesiológica a partir de la década de los 1961-1970. Todos los benzodiazepínicos ejercen los siguientes efectos; aunque hayan diferencias de intensidad entre los diversos integrantes del grupo: Efecto ansiolítico, amnésico, anticonvulsivo hipnótico y relajante muscular.

No poseen propiedades analgésicas, ni tampoco modifican el umbral para el dolor. No alteran de modo expresivo las respuestas autonómicas, por lo menos a las dosis que habitualmente son utilizadas.

Los principales Benzodiazepínicos utilizados en la Medicación Preanestésica son los siguientes:

A. DIAZEPAM.

Es el fármaco más utilizado en la medicación preanestésica. Aunque presenta una propiedad ansiolítica indiscutible, su capacidad de provocar amnesia es discreta si se le compa-

ra a la de otras benzodizepinas.

Químicamente el diazepam se define como el: 7-cloro-1-3 dihidro-1-metil-5-fenil-H-1,4-benzodiazepin-2-ona. Es una base cristalina, incolora, insoluble en agua, con un peso molecular de 284,74, y con un vehículo acuoso que contiene solventes orgánicos: Propilenglicol, alcohol etílico y benzoato de sodio en ácido benzoico. El pH del diazepam es de 6.4 a 6.9.

SITIOS DE ACCION DEL DIAZEPAM.

A. SISTEMA NERVIOSO.

1. Depresión del Sistema Límbico. Calma, disminuye la actividad y la agresividad, conservandose el estado de alerta.

2. Depresión de la amígdala. (Zona de relevo del sistema límbico para la expresión de la emoción). El resultado de esta acción es la obtención de un estado de tranquilidad.

3. Además, desaparece la ansiedad y la tensión.

4. También produce Amnesia Retrograda del período inmediato antes de su administración.

5. Acción Analgésica. Es transitoria, posteriormente aumenta la sensibilidad al dolor somático.

B. APARATO CARDIOVASCULAR.

Dosis de 0.6 a 0.8 mg por kilogramo de peso corporal, disminuyen la presión sistólica hasta 20 mm Hg en el 5% de los pacientes.

C. APARATO RESPIRATORIO.

La dosis moderada causa depresión respiratoria.

D. PASO POR LA BARRERA PLACENTARIA.

Cruza rápidamente la placenta y al cabo de un minuto se produce un equilibrio de las concentraciones del diazepam tanto en la sangre del producto como de la madre.

E. EFECTO MIORRELAJANTE.

La depresión de las vías polisinápticas de la médula espinal y en las estructuras suprarraquídeas, causa relajación muscular.

TOXICIDAD.

La dosis letal (DL) del diazepam es de 27.5 a 30 mg por kilogramo de peso corporal, principalmente por el vehículo. A dosis de 700 mg a 2.800 mg en pacientes de 70 Kgs., en for

ma repetida ocasiona ataques epilépticos.

Indicación del Diazepam en la Medicación Preanestésica:

Con la administración de 10 mg de diazepam y 10 mg de morfina respectivamente, se obtiene un efecto hipnótico similar, pero la toxicidad de la morfina es mucho mayor.

La dosis habitual del diazepam en la medicación preanestésica oscila entre 0.16 a 0.32 mg por Kg. de peso corporal, para ser administrada por vía intramuscular o intravenosa.

El efecto ansiolítico del diazepam aparece cuando se inyectan 5 mg por vía intravenosa, persistiendo por 30 minutos. Con dosis mayores, este efecto se mantiene por tiempo más prolongado. Inyectando por vía intravenosa a una dosis de 10 mg., produce amnesia anterógrada más intensa. La intensidad máxima de este efecto ocurre entre 2 y 3 minutos después de la aplicación, y la duración no excede de los 30 minutos. Por la vía oral, y con dosis de 10 a 20 mgr., se observa algún efecto de amnesia. La vía de administración que se recomienda de preferencia del diazepam es la oral y la intravenosa, para que los efectos deseados sean más uniformes.

Además del diazepam, en el grupo de los benzodiazepíni-

cos se encuentran los siguientes fármacos que se emplean en la medicación preanestésica: Lorazepam, con actividad ansiolítica y propiedad amnésica, significativamente superior en relación con las otras benzodiazepinas; pero se ha observado mayor incidencia de náuseas y de agitación postoperatoria. - El Funitrazepam que a dosis equipotentes con el diazepam presenta un efecto hipnótico mayor, sin embargo su uso en anestesiología es más frecuentemente como agente de inducción. - El Nitrazepam presenta propiedades predominante hipnótica, aunque puede también ejercer actividad ansiolítica, su empleo es más frecuentemente para producir somnolencia en el paciente en la noche anterior al acto anestésico-quirúrgico.

Actualmente, existen otras benzodiazepinas que están siendo estudiadas para la medicación preanestésica, tales como al Alprazolam, midazolam y temazepam entre otras. Tanto el midazolam como el alprazolam tienen la ventaja de ser más hidrosolubles. El temazepam ejerce principalmente un efecto hipnótico de corta duración, por ser rápidamente transformado.

DERIVADOS DE LA BELLADONA.

Con la finalidad de inhibir secreciones y reducir la actividad vagal, continúan intensamente utilizadas en la medicación preanestésica los bloqueadores muscarínicos, represen

tados por los derivados de la Belladona principalmente.

Los derivados de la Belladona son representados por la Atropina y la Escopolamina, alcaloides naturales existentes en plantas de la familia de las solanáceas. Las propiedades farmacológicas fueron revisadas recientemente. Sus efectos se ejercen principalmente sobre el sistema cardiovascular, las glándulas de secreción externa, la musculatura lisa y el sistema nervioso central.

En relación al Sistema Cardiovascular, el efecto más importante es, sin duda alguna, el aumento de la frecuencia -- del pulso. La taquicardia provocada por la atropina no es dependiente de la vía de administración y se antecede, habitualmente a un período fugaz de bradicardia. Además, cuando se administra por vía intravenosa, no se observa bradicardia si la inyección es rápida, o la dosis inyectada excede de -- 0.6 mg. La escopolamina produce un efecto similar, pero con menor intensidad.

Sobre la glándula de secreción externa, ejercen efectos inhibidores de las secreciones. La atropina, en las dosis habituales de 0.5 a 0.6 mg., reduce la secreción salival en aproximadamente 40%, mientras que la escopolamina, a dosis equivalente, es dos veces más potente en el mismo caso.

Además, reducen el tono de la musculatura lisa gastrointestinal, relajan el tono de la musculatura bronquial, dando como resultado un aumento del espacio muerto anatómico.

En lo que se refiere al Sistema Nervioso Central. La escopolamina a dosis de 0.3 a 0.6 mg., produce sedación y amnesia, mientras que la Atropina a dosis de 0.5 a 2 mg., causa un estímulo moderado.

Entre otros efectos producidos por los derivados de la belladona tenemos al bloqueo del Vago, inhibición de la diaforesis, hipertermia, retención urinaria, midriasis y al aumento de la presión intraocular.

Para la medicación preanestésica, la Atropina se administra a 10 microgramos por Kg., de peso corporal y la Escopolamina de 0.2 a 0.5 mg., dosis total por vía intravenosa o intramuscular, aproximadamente 30-40 minutos antes de la cirugía. Muchos anestesiólogos prefieren administrar por vía intravenosa la atropina, en la sala de operaciones.

Parece prudente relacionar las indicaciones, contraindicaciones y limitaciones de la atropina en la medicación preanestésica. El empleo de rutina de la atropina en obstetricia y en fumadores y pacientes con bronconeumopatías crónicas es -

indiscutible. Por otro lado, en algunas situaciones como en el hipertiroidismo y las coronariopatías, el uso de escopolamina es admitido y hasta aconsejado^{1,4}.

DISEÑO EXPERIMENTAL

MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. "General Ignacio Zaragoza" en el período comprendido entre los meses de enero y febrero de 1988. Se estudiaron 100 pacientes del sexo femenino y masculino, divididos al azar en dos grupos de 50 pacientes respectivamente: Grupo Estudio y Grupo Testigo. Las edades oscilaron de los 20 a los 50 años, programados para cirugía electiva, con estado físico 1-2 de la ASA. A la totalidad de los pacientes se les realizó un bloqueo peridural a nivel de L2-L3 para el procedimiento quirúrgico al que fueron sometidos. La medicación preanestésica consistió en la administración de sulfato de atropina a una dosis de 10 a 20 microgramos por kg por vía intravenosa 15 minutos antes de su ingreso a quirófano.

Se excluyeron del estudio a todos los pacientes con patología psiquiátrica, los pacientes sometidos a cirugía de urgencia, los pacientes con antecedentes de tratamiento con ansiolíticos y a todos los pacientes que presentaron componente doloroso.

En ambos grupos, en el momento de la valoración preope-

ratoria se aplicó un cuestionario general, así como el Cuestionario de Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS). Ver Anexo No. 1 y 2 respectivamente²³.

Inicialmente en la entrevista preoperatoria se les realizó un cuestionario general que comprende la ficha de identificación, así como preguntas que incluyen los factores que en un momento determinado contribuyen al aumento o disminución de la ansiedad y el temor en el paciente quirúrgico; -- así como, incluye las causas probables del temor, presentando también un apartado para registrar la evaluación del comportamiento del paciente durante el período transoperatorio.

En cuanto al Método Psicológico, a todos los pacientes se les aplicó el cuestionario de Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica; que para una mejor comprensión y para fines -- del estudio fueron seleccionadas únicamente los reactivos o ítems a través de los cuales se realiza la evaluación de la intensidad e incidencia de la Ansiedad que presentan los pacientes en el momento del estudio. Las preguntas fueron contestadas por los pacientes sin tener un límite de tiempo.

Los pacientes del Grupo Testigo, no recibieron información acerca de su anestesia-operación durante la entrevista preoperatoria.

En el Grupo Estudio, la valoración preoperatoria fue -- realizada por el anesthesiologo que administró la anestesia 0 el día de la cirugía; mismo que platicó con los pacientes, - su condición al momento de la intervención quirúrgica, natu- raleza de la anestesia, informando a los pacientes sobre los eventos que sucederían desde el momento de su ingreso hasta- el día de la operación. Auxiliándose con material didáctico- (Folletos), para lograr un mejor entendimiento médico-pacien- te.

A todos los pacientes del presente estudio, que presen- taron inquietud, angustia, etc., se les administró diazepam- a una dosis promedio de 5 mg por la vía intravenosa, lento y diluido.

ANEXO No. 1
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE..... VALORACION.....
 EDAD..... SEXO..... ESTADO CIVIL..... FECHA.....
 ESCOLARIDAD..... OCUPACION..... ASA..... REGISTRO.....
 DIAGNOSTICO DE INGRESO..... PESO.....
 MEDICACION PREANESTESICA..... DOSIS.....

1.- ITEMS DE LA ESCALA BREVE DE APROCIACION PSIQUIATRICA (BPRS), PARA LA VALORACION DEL ESTADO DE ANSIEDAD ACTUAL DEL PACIENTE PREOPERATORIO.

	AUSENTE	LEVE	MODERADO	INTENSO
1.- PREOCUPACIONES SOMATICAS. Preocupaciones o temores en relación con su salud física. Hipocondriasis.	0	1	2	3
2.- ANSIEDAD. Inquietud, miedo o preocupación exagerada por el presente o futuro. Valores en base a reporte del paciente.	0	1	2	3
3.- POBREZA EMOCIONAL. Deficiencia en la relación con el entrevistador. - Grado en que el paciente no está en contacto emocional con otras personas.	0	1	2	3
4.- SENTIMIENTOS DE CULPA. Preocupación, remordimiento o vergüenza por conducta pasada. No inferir culpa a través de depresión o ansiedad.	0	1	2	3
5.- TENSION. Nerviosismo, temblor, sudoración, cambios frecuentes de postura, aumento del tono muscular, valorar en base a observación y no en experiencias subjetivas del paciente.	0	1	2	3

	AUSENTE	LEVE	MODERADO	INTENSO
6.- MANERISMOS Y POSTURAS EXTRANAS. Conducta motriz anormal, poco usual, movimientos repetitivos y gestos. Hace que el enfermo destaque entre personas normales. No valorar aumento de actividad motriz ni tics.	0	1	2	3
7.- DEPRESION. Abatimiento, tristeza, desaliento, pesimismo. No se valore retardo motor ni preocupaciones somáticas.	0	1	2	3
8.- RETARDO MOTOR. Reducción en el nivel de energía física evidenciado por lentitud, debilidad de movimientos y discurso. Tono muscular disminuido.	0	1	2	3
9.- APLANAMIENTO AFECTIVO. Tono emocional bajo. Reducción de la intensidad normal de los sentimientos y de las reacciones emocionales.	0	1	2	3
10.- EXCITACION. Aumento del tono emocional. Aceleración, agitación, reactividad aumentada.	0	1	2	3

III.- CAUSAS E INCIDENCIA DEL TEMOR EN EL PACIENTE PREOPERATORIO:

- A.- TEMOR A LA ANESTESIA..... ()
- a).- OBJECCION AL PROCEDIMIENTO ANESTESICO..... ()
- b).- QUE EN LA ANESTESIA PUEDA REVELAR SECRETOS..... ()
- c).- EXPERIENCIAS DESAGRADABLES EN ANESTESIAS PREVIAS..... ()
- d).- QUE PUEDA HABER DOLOR DURANTE EL TRANSOPERATORIO..... ()
- e).- OTRAS..... ()
- B.- TEMOR A LA OPERACION..... ()
- C.- TEMOR POR MOTIVOS DIFERENTES..... ()

IV.- TECNICA ANESTESICA REALIZADA:

- a).- BLOQUEO PERIDURAL..... ()
- b).- BLOQUEO SUBARACNOIDEO..... ()

V.- TIPO DE OPERACION REALIZADA _____

VII.- SE ADMINISTRO TRANQUILIZANTES (SEDANTES) EN EL TRANSOPERATORIO... ()

VII.- COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE EL TRANSOPERATORIO:

- a).- TRANQUILLO b).- INQUIETO c).- ANGUSTIADO d).- OTROS _____ ()

VIII.- SE INFORMO AL PACIENTE DE LA TECNICA ANESTESICA..... ()

IX.- DATOS DEL TRANSOPERATORIO:

- a).- TIEMPO QUIRURGICO _____.
- b).- TIEMPO ANESTESICO _____.
- c).- ALDERETE _____.
- d).- CALIDAD DE LA ANESTESIA _____.

- e).- ALTURA DEL BLOQUE REALIZADO _____.
- f).- COMPLICACIONES _____.
- g).- EL PACIENTE QUEDO SATISFECHO CON EL PROCEDIMIENTO ()

X.- COMENTARIOS _____

RESULTADOS.

De los 100 pacientes incluidos en el estudio, 85 correspondieron al sexo femenino y 15 al sexo masculino. Las edades de los pacientes oscilaron entre los 20-50 años.

En la totalidad de los pacientes, el 86% presentó Ansiedad en el momento de su ingreso al hospital. De este porcentaje, el 73% presentó un grado de ansiedad leve, el 13% ansiedad moderada (gráfica 1).

En el Grupo Estudio, el 68% de los pacientes presentó ansiedad leve; el 14% ansiedad moderada y en el resto no se encontró ansiedad (gráfica 2).

Mientras que en el grupo Testigo se registró ansiedad leve en un 78%, moderada en el 12% y estuvo ausente en el 10% de los casos (gráfica 3 y 4).

En relación a los factores etiológicos del temor preoperatorio, encontramos que en la población general (100) el 73% refiere temor a la anestesia, el 23% a la cirugía, y el resto refirió temor por otros motivos (Trámite administrativo, hospitalización, complicaciones, etc.).

En cuanto al grupo, observamos que en el Grupo Estudio-

el temor a la anestesia correspondió a un 31% y en el grupo Testigo 42%, mientras que el temor a la cirugía correspondió al 16% en el Grupo Estudio y un 70% en el Grupo Testigo. Es de interés señalar que el temor a la anestesia incluye principalmente 2 factores: Experiencias previas desagradables de procedimientos anestésicos se registró en un 6% (Grupo Estudio) y un 12% en el grupo Testigo. El segundo factor etiológico del temor que el paciente refiere hacia la anestesia, es "que pudiera experimentar dolor durante el Transoperatorio" presentándose en un 12% en el Grupo Estudio y en un 30% en el Grupo Testigo (gráfica 5 y 6).

En la gráfica 7-8 se puede observar el tipo de Cirugía realizada tanto en el grupo testigo como en el de estudio.

En las gráficas 9, 10 y 11 se registró el Comportamiento que el paciente observó durante el Transoperatorio: En el grupo Estudio, el 90% de los pacientes se mantuvieron tranquilos sin la necesidad de administrar Fármacos Ansiolíticos; en tanto que el 10% restante, mostró datos de ansiedad, por lo que requirieron de Fármacos Ansiolíticos; en general el 98% de los pacientes quedaron satisfechos con el procedimiento anestésico. En tanto que en el grupo Testigo se observó que el 18% de los pacientes permanecieron tranquilos mientras que el 82% se mantuvo ansioso, requiriendo de seda-

ción el 82%, de este grupo el 62% de los pacientes manifestaron "no desear" como técnica anestésica el bloqueo peridural para una cirugía futura, ya que les fué desagradable (gráfica 0,10,11 y 12).

El 60% de pacientes de la población general (100 pacientes) no tenían experiencias previas de anestesia-cirugía o de estancia hospitalaria y el restante 40%, si las tenía y en ellos se observó una mayor incidencia de ansiedad.

En cuanto al estado civil, pudimos observar que los pacientes casados fueron los que presentaron un mayor índice grado de ansiedad.

Dentro de los factores que influyen en la frecuencia o la incidencia de la Ansiedad y Temor preoperatorio, se observaron los siguientes resultados: En el grupo estudio, el 86% de los pacientes no conocía a su Cirujano, mientras que el 94% no fué examinado por el cirujano durante la consulta preoperatoria, en tanto se observó que un 86% de los pacientes, ignora "qué es un Anestesiólogo" (Cuadro No. 1).

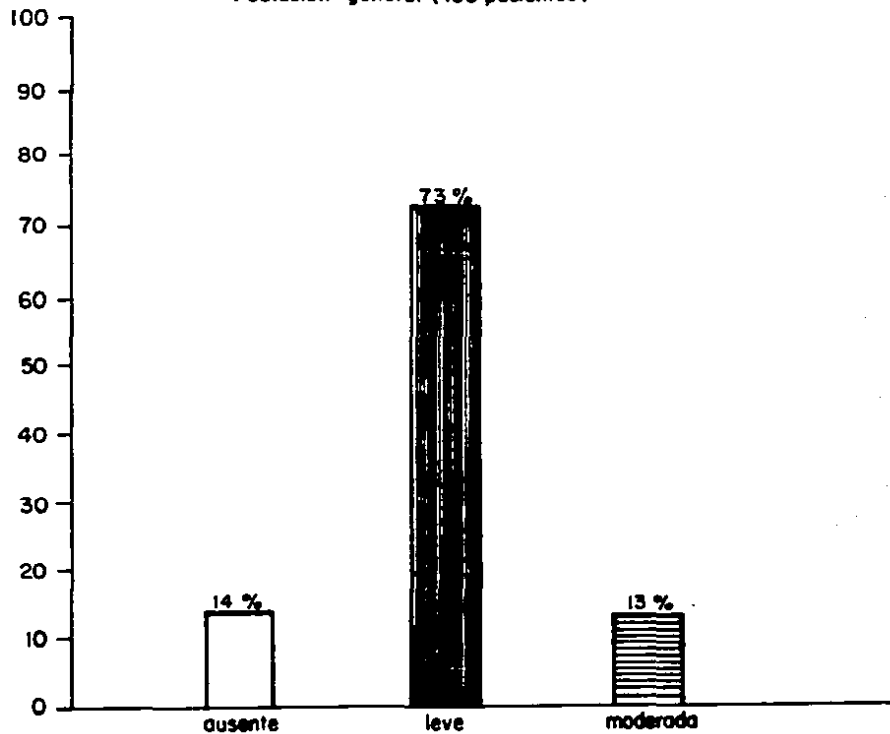
En relación al grupo Testigo, los datos anteriores se registraron en el cuadro No. 2.

El análisis Estadístico de los Resultados obtenidos en nuestro estudio, la "T" de Student, demuestra un valor de "P" altamente significativo, habiendo una diferencia importante como lo muestra la gráfica No. 1, 2, 3 y 9.

Cabe mencionar que a los pacientes que se les dió información, requirieron en menor frecuencia la administración de sedantes durante el transoperatorio, contrastando esto en el grupo sin información, donde se observó notoriamente el alto porcentaje de la necesidad de administrar sedantes para mantenerlos tranquilos durante la cirugía. Por otro lado, es de importancia señalar que los pacientes al identificar al anes^{te}siólogo en el momento de ingresar al quirófano, manifestaron sentirse más tranquilos. En cambio, en los pacientes a los que no se proporcionó información, hubo necesidad de administrarles fármacos sedantes y tranquilizantes.

GRAFICA N° 1

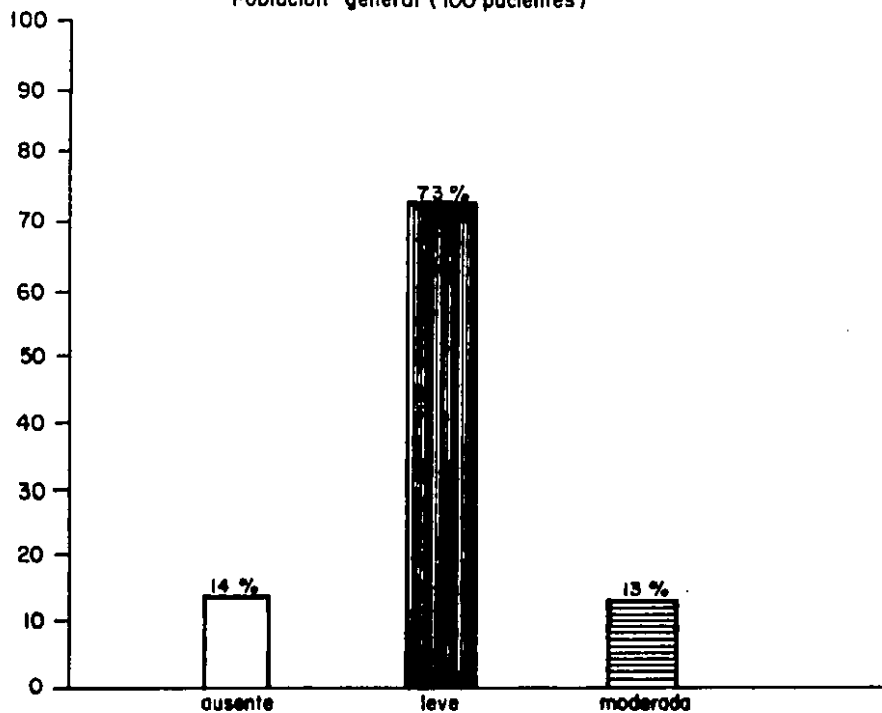
GRADO DE ANSIEDAD PREOPERATORIA
Población general (100 pacientes)



T de "STUDENT" = 31

GRAFICA N° 1

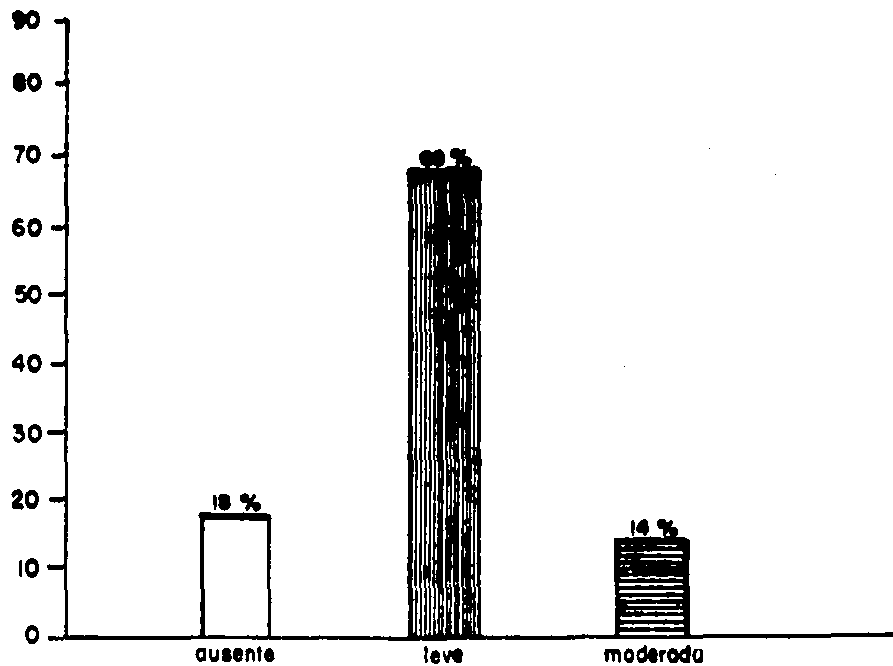
GRADO DE ANSIEDAD PREOPERATORIA
Población general (100 pacientes)



T de "STUDENT" = 31

GRAFICA N°2

GRADO DE ANSIEDAD: GRUPO ESTUDIO

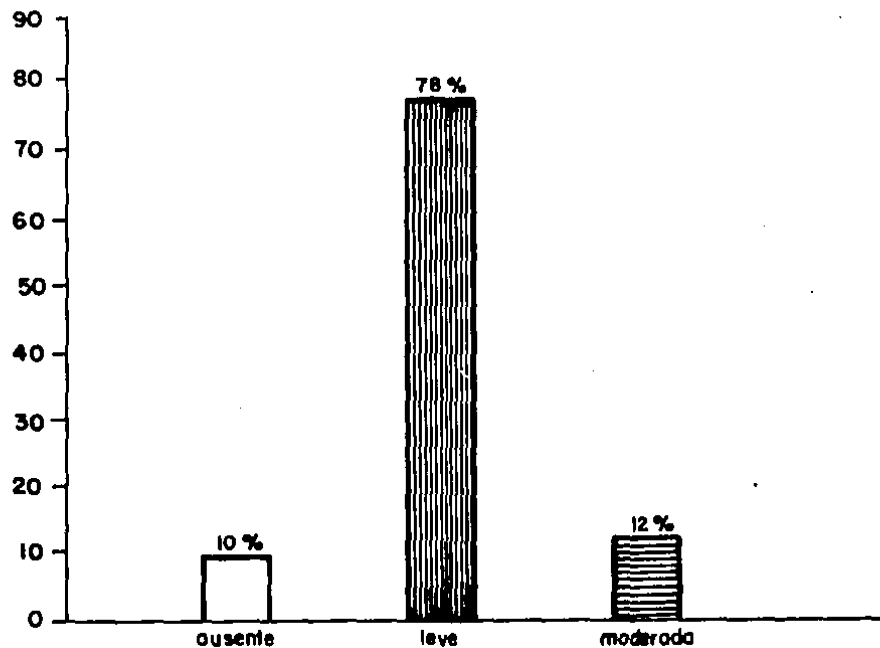


T de "STUDENT" = 31

GRAFICA N°3

GRADO DE ANSIEDAD: GRUPO TESTIGO

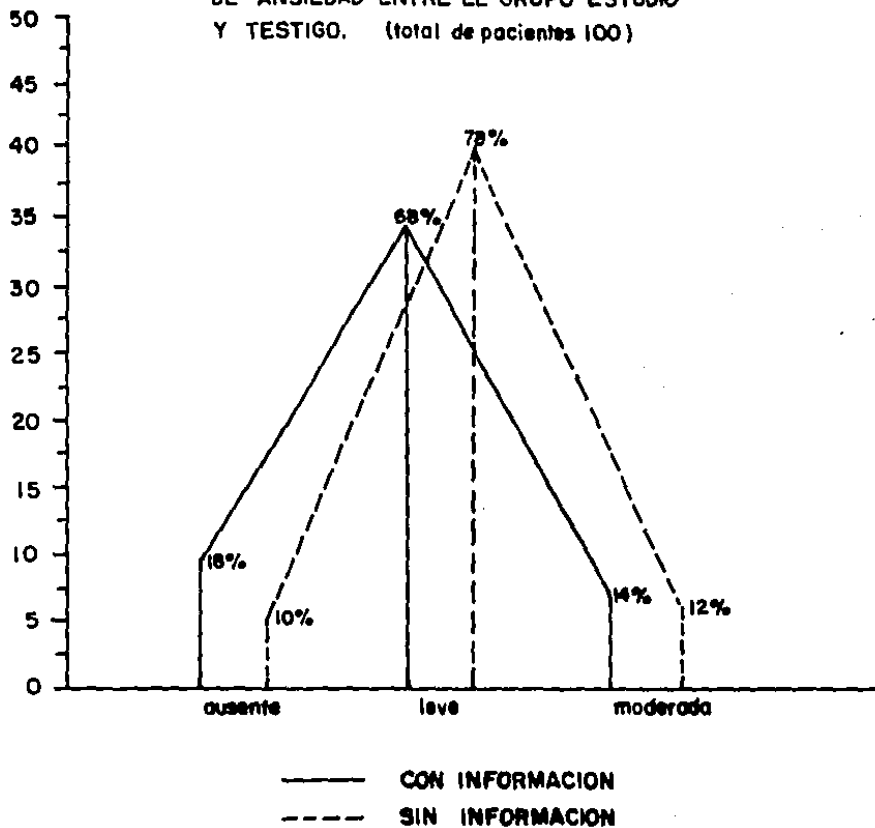
(50 pacientes)



T de "STUDENT" = 31

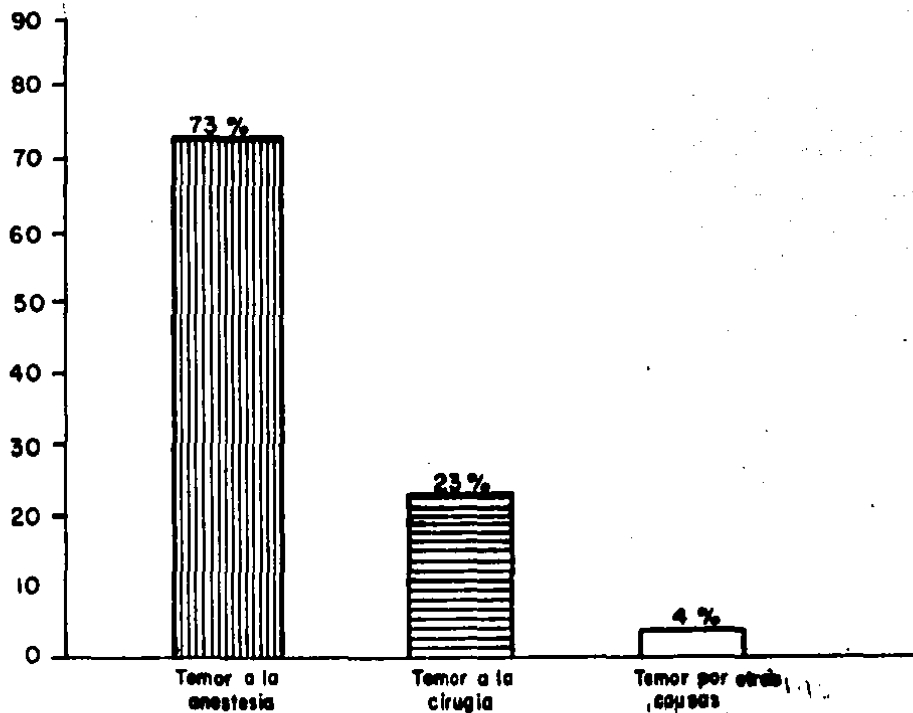
GRAFICA N° 4

COMPARACION PORCENTUAL DEL GRADO DE ANSIEDAD ENTRE EL GRUPO ESTUDIO Y TESTIGO. (total de pacientes 100)



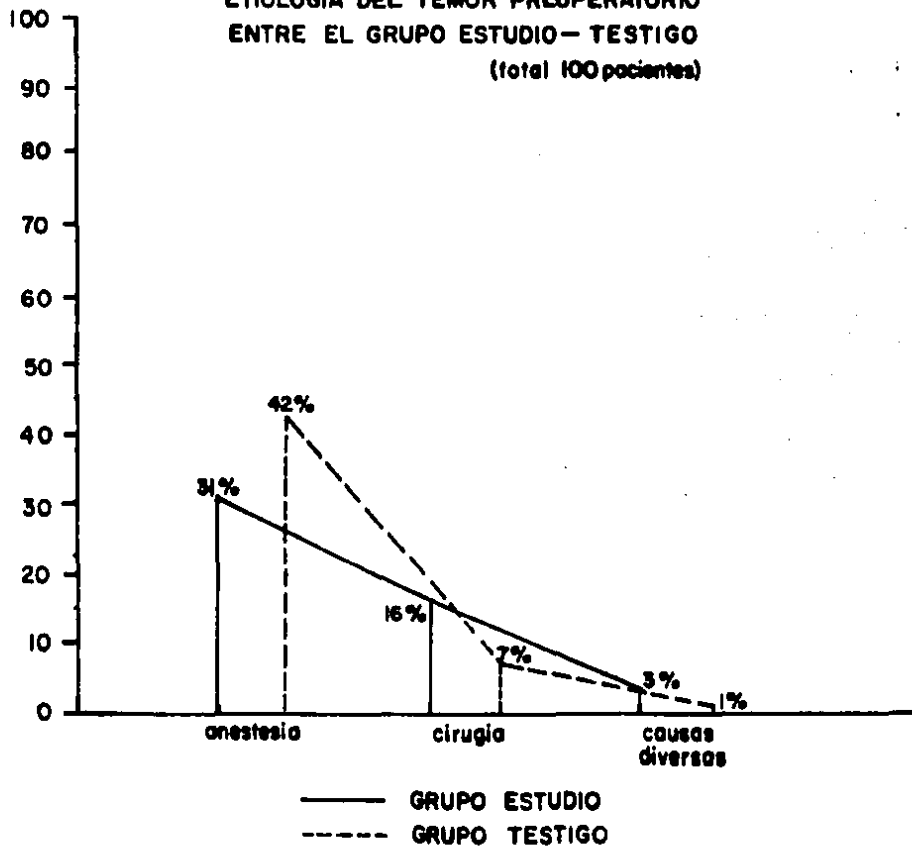
GRAFICA N°5

ETIOLOGIA DEL TEMOR
Preoperatorio en la población total



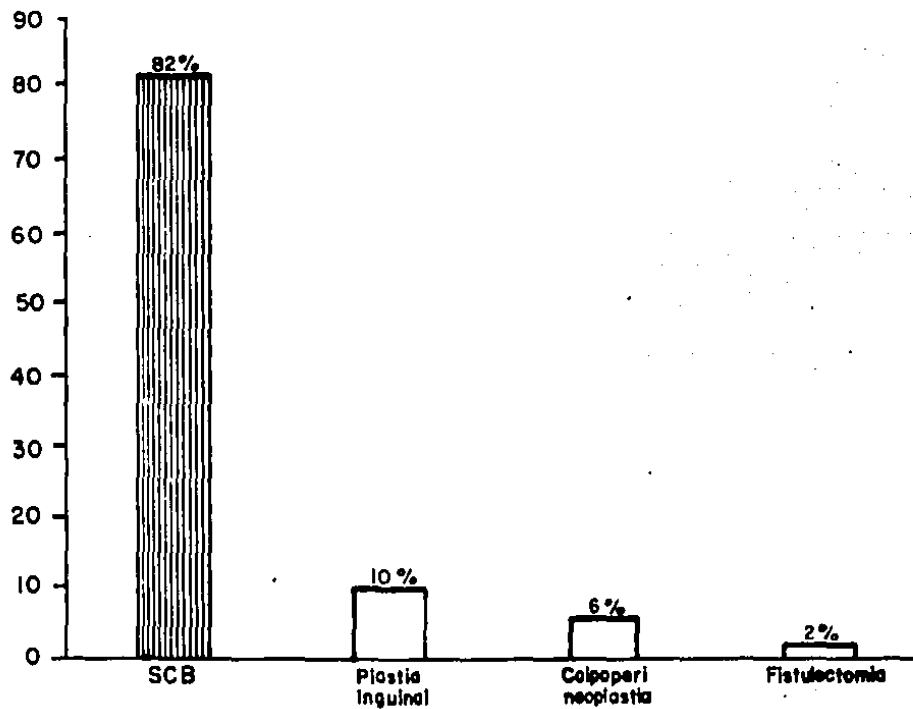
GRAFICA N°6

COMPARACION PORCENTUAL DE LA
ETIOLOGIA DEL TEMOR PREOPERATORIO
ENTRE EL GRUPO ESTUDIO- TESTIGO
(total 100 pacientes)



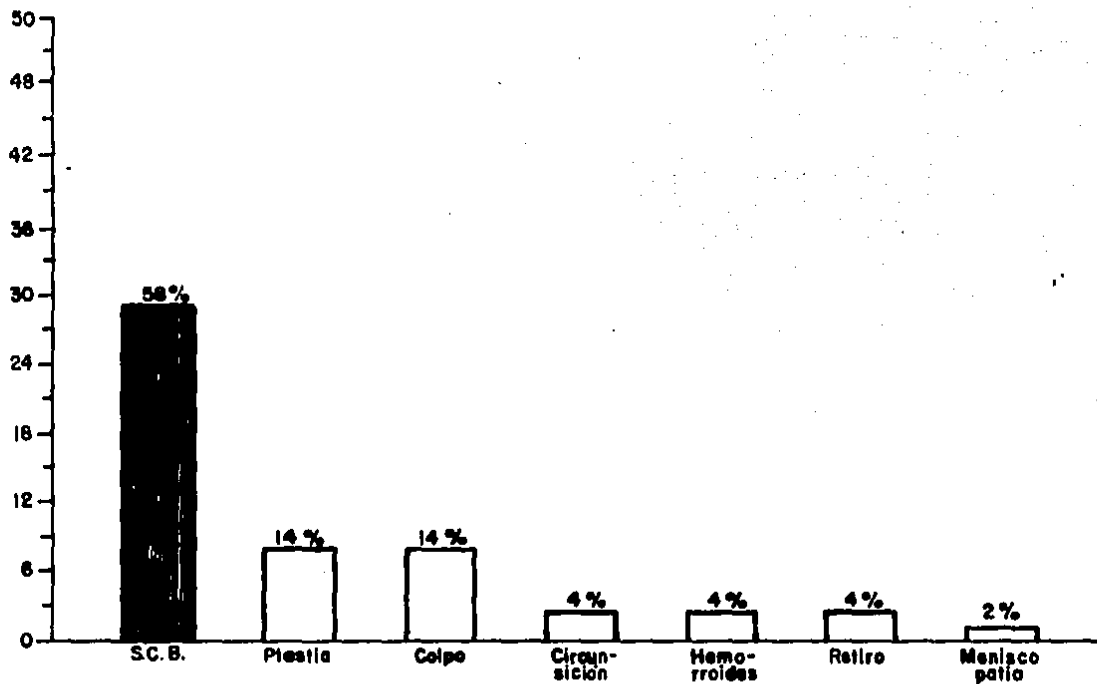
GRAFICA N°7

OPERACION REALIZADA: GRUPO ESTUDIO
(50 pacientes)



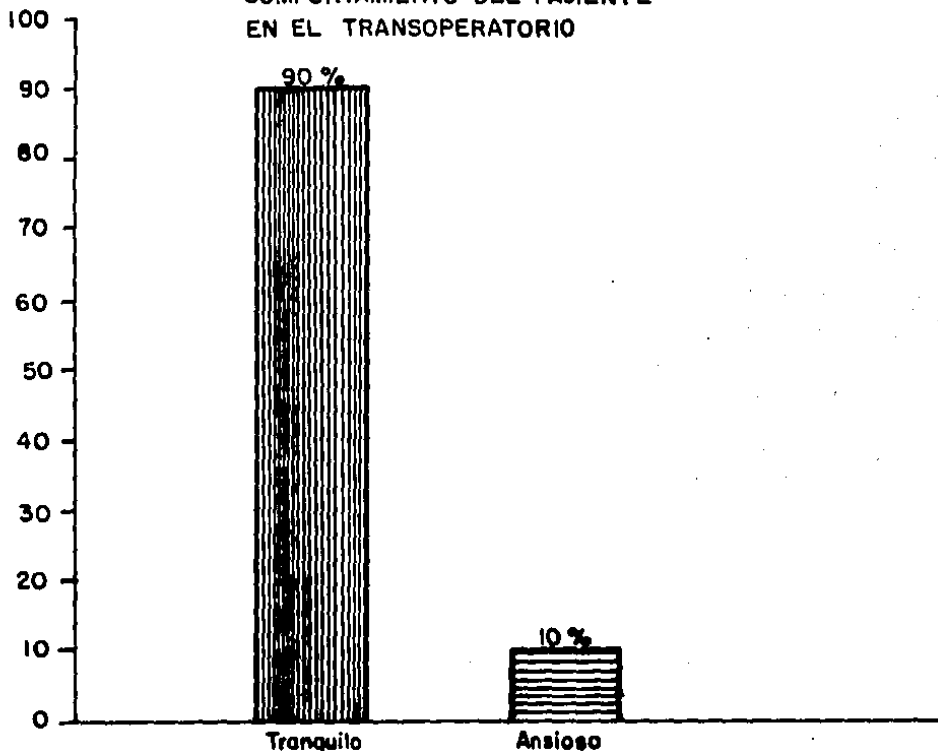
GRAFICA N° 8

GRUPO TESTIGO
Cirugía Realizada



GRAFICA N°9

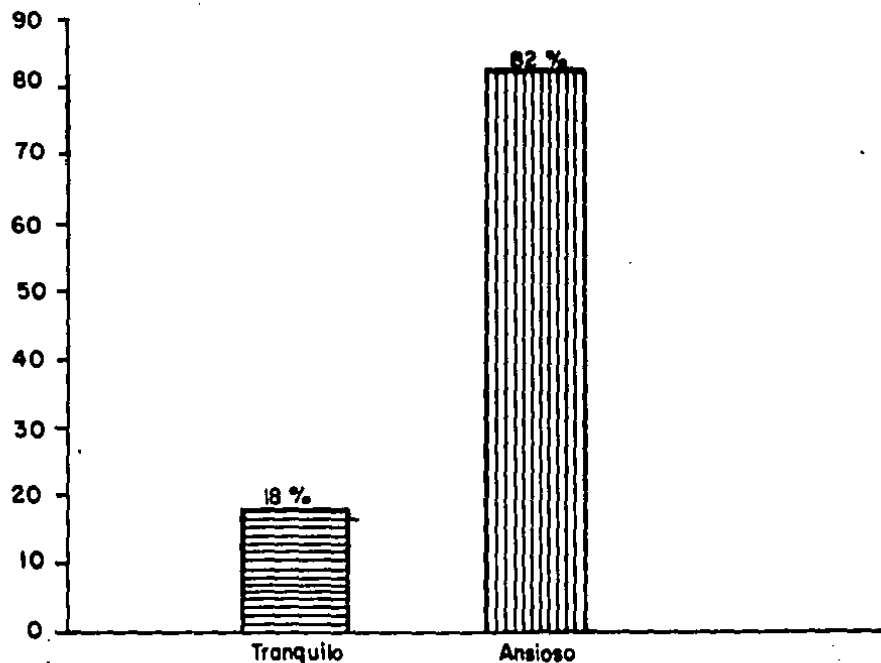
GRUPO ESTUDIO
COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE
EN EL TRANSOPERATORIO



T de "STUDENT" = 31

GRAFICA N° 10

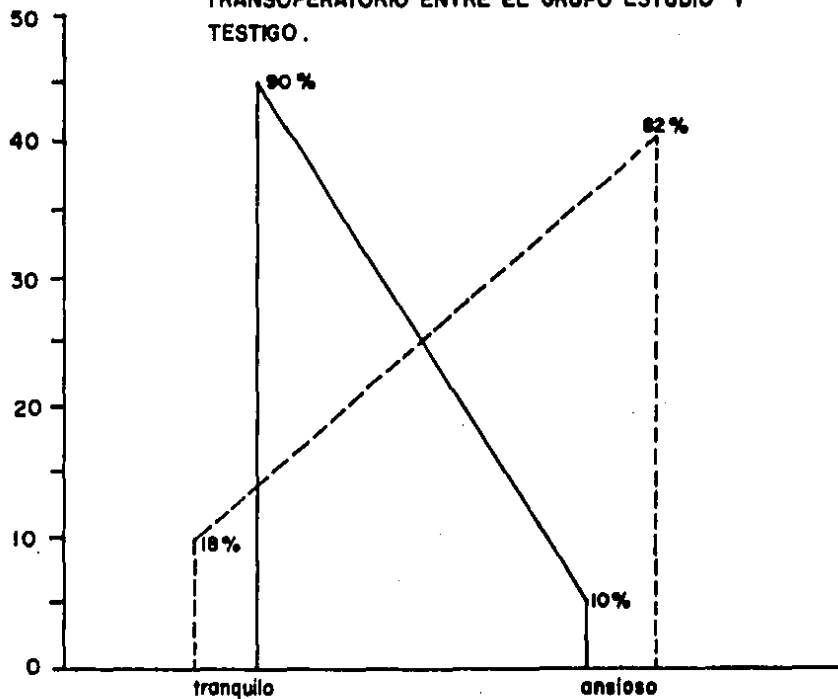
GRUPO TESTIGO:
COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE
DURANTE EL TRANSOPERATORIO



T de "STUDENT" = 31

GRAFICA N° II

COMPARACION PORCENTUAL DEL COMPORTAMIENTO
TRANSOPERATORIO ENTRE EL GRUPO ESTUDIO Y
TESTIGO .

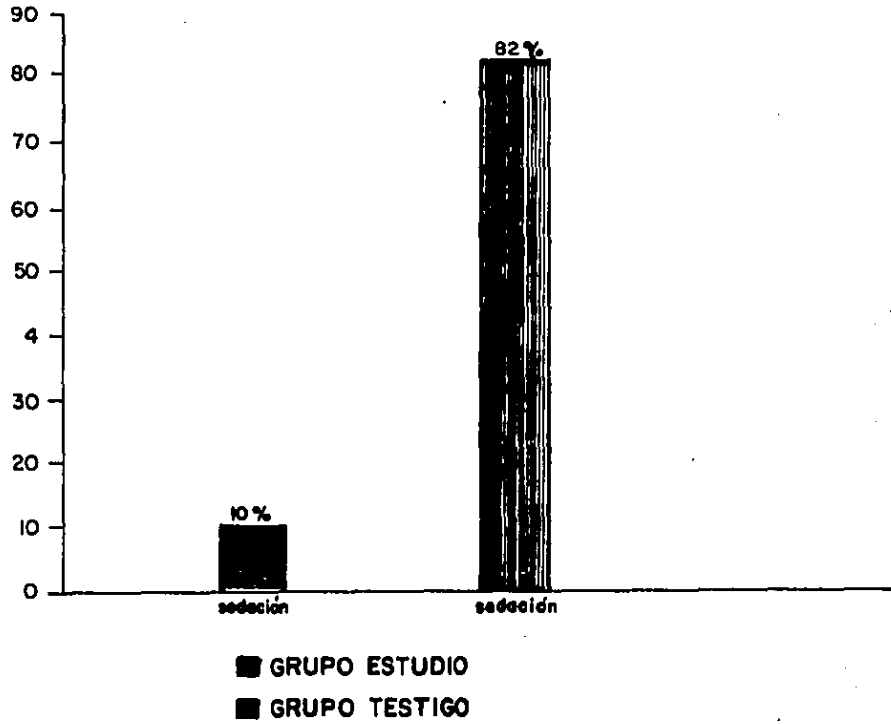


— GRUPO ESTUDIO

- - - GRUPO TESTIGO

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA Nº 12 COMPARACION DE LA FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ADMINISTRACION DE ANSIOLITICOS DURANTE EL TRANSOPERATORIO ENTRE EL GRUPO ESTUDIO Y EL CONTROL.



CUADRO N° 1 Grupo Estudio (50 pacientes)

OPERACIONES	conoce al medico que lo va a operar		el cirujano lo ha examinado		cuantas veces acudio al Hosp.	se ha suspendido su cirugia		sabe quien es su anestesiolego		TOTAL
	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	
SCB	3	38	1	40	3	5	36	7	34	41
PLASTIA INGUINAL	4	1	2	3	3	-	5	-	5	5
COLPOPERINO PLASTIA	-	3	-	3	3	1	2	-	3	3
FISTULECTOMIA	-	1	-	1	3	-	1	-	1	1
	7	43	3	47	3	6	44	7	43	50

CUADRO N° 2 Grupo Testigo (50 pacientes)

OPERACIONES	conoce al médico que lo va a operar		el cirujano lo ha examinado		cuántas veces asiste al Hosp.	se ha suspendido su cirugía		sabe quien es un oncoestecólogo		TOTAL
	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	
SCB	1	28	-	29	3	1	28	7	22	29
COLPOPERINO PLASTIA	-	7	-	7	3	1	6	1	6	7
CIRCUNSIACION	1	1	1	1	3	-	2	1	1	2
PLASTIA INGUINAL	3	4	3	4	3	-	7	3	4	7
HEMORROIDECTOMIA	1	1	1	1	3	-	2	1	1	2
MENISECTOMIA	1	-	1	-	3	-	1	1	-	1
RETIRO DE MAT.	2	-	2	-	3	-	2	2	-	2
TOTAL	9	41	8	42	3	2	48	16	34	50

DISCUSION.

Puede ser difícil detectar la Ansiedad y el Temor. El éxito de un estudio depende de la precisión del método y la uniformidad de su aplicación.

El estudio presente, confirmó que la visita preoperatoria cuando es realizada por el anesthesiologo, es benéfica para el paciente. Fue posible disminuir los niveles de la Ansiedad y el Temor que presentaron los pacientes en el preoperatorio, y demás, se eliminaron las dudas e inquietudes que presentaban cada uno de ellos.

En este estudio, el índice de la Ansiedad fue del 86%, tomando en cuenta datos subjetivos y objetivos. Estos resultados son semejantes con los obtenidos en los estudios realizados con el de Corman y colaboradores, quienes encontraron un 85% de ansiedad, utilizando también pruebas psicológicas.

Mientras que Norris y Sheffer concluyeron en su estudio, que la visita preoperatoria puede aliviar la ansiedad, debido al Temor relacionado con la anestesia o el medio ambiente extraño en que se encuentra el paciente quirúrgico. Estos autores recomiendan la aplicación de un fármaco sedante durante el periodo preoperatorio.

Greifensten (1960) y colaboradores enfatizaron la gran importancia que tienen tanto el cirujano como el anestesiólogo para disminuir el temor y la ansiedad mediante la visita preoperatoria para proporcionarle al paciente confianza y seguridad.

Leigh y Walker, observaron que los pacientes que recibieron información acerca de la anestesia, y de los eventos que sucederían durante su estancia en el hospital, toleraron mejor la tensión durante el pre y transoperatorio, requiriendo además menor dosis de sedantes y de analgésicos.

En el estudio, corroboramos que el poco tiempo que el anestesiólogo dedica para realizar la visita preoperatoria, coarta al paciente de un apoyo psicológico para reducir al mínimo la ansiedad preoperatoria, en tanto que la personalidad del paciente, su relación con el personal del hospital, influyen en el grado de la ansiedad y temor que el paciente tenga en su estancia hospitalaria.

Estos resultados revelan que el anestesiólogo si proporciona a los pacientes confianza y la seguridad que el paciente requiere, así como influye en la disminución de la frecuencia y grado de ansiedad y de temor, al realizar una visita preoperatoria adecuada, que incluya una información com-

pleta sobre los eventos y aspectos que caracterizan a los --
procedimientos que se efectuaron a los pacientes a su cargo.

CONCLUSIONES.

1. Es fundamental poner énfasis que la Entrevista Preoperatoria es efectuada por el Anestesiólogo que va a realizar el procedimiento anestésico al paciente quirúrgico. Es de gran importancia debido a que influye en la disminución de los niveles de ansiedad y de temor y además se le proporciona y se le garantiza confianza y la seguridad que el paciente requiere.

2. La dificultad de una relación más prolongada por parte del Anestesiólogo, que está comprometido con rutinas asistenciales, es un factor determinante para el uso habitual de fármacos. En la decisión de utilizarlos, es indispensable tomar en consideración las características del paciente en forma individual y del acto anestésico-quirúrgico programado.

3. Es notable que tanto la personalidad del paciente y sus rasgos de Ansiedad no relacionados con el ingreso al hospital ni con su operación, mantienen influencia en los resultados que se pueden obtener al realizar la visita preoperatoria por el anestesiólogo.

4. Se observó que los pacientes a quienes se les realizó y dió una información completa de los eventos anestésico-

quirúrgicos, presentaron una menor frecuencia de Ansiedad durante el transoperatorio, requiriendo además en menor porcentaje el empleo de sedantes.

5. También la relación médico-paciente y personal paramédico del hospital, tienen influencia en el estado emocional del paciente quirúrgico y en la aparición de un nivel mayor o menor grado de ansiedad y temor desde el primer contacto que se establece entre médico-paciente.

6. Es fundamental poner énfasis en que el uso de la medicación preoperatoria no se imponga como rutina. El control de la ansiedad puede ser obtenido por métodos psicológicos por el anestesiólogo, aunque tenga un contacto relativamente breve con el paciente. Tiene la oportunidad de dar al mismo tiempo, la información necesaria y eliminar dudas para mantener al paciente con la sensación de seguridad que necesita.

7. Es evidente que las experiencias previas de anestesia, estancias anteriores en hospitales, la escolaridad, sexo y estado civil del paciente quirúrgico, influyen notablemente para disminuir o aumentar el grado y frecuencia de Ansiedad y Temor preoperatorio.

8. Fué claro que la mayor parte del grupo Estudio, - -

cuando requirió de sedación durante la cirugía, quedó finalmente satisfecho con el procedimiento anestésico realizado en contraste con el grupo Testigo.

En conclusión, creemos que los objetivos del presente estudio, se realizaron en forma satisfactoria.

RESUMEN.

El presente estudio fué realizado en el Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. "Gral. I. Zaragoza". El estudio fué realizado con 100 pacientes del sexo femenino y masculino con una edad que varió de los 20-50 años, con ASA I-II, programados para cirugía electiva; fueron divididos al azar en dos grupos: Grupo Estudio y Testigo. Se excluyeron del estudio a todos los pacientes con antecedentes patológicos psiquiátricos, pacientes en los que falló el procedimiento anestésico (BPD), con antecedentes de tratamiento con tranquilizantes. La técnica anestésica realizada fué bloqueo peridural a nivel de L2-L3, previa medicación preanestésica con atropina a una dosis de 10-20 microgramos por Kg. de peso corporal.

A la totalidad de los pacientes en el estudio, se les aplicó en la visita preoperatoria un Cuestionario General comprendiendo los factores y causas del Temor preoperatorio, así como el Cuestionario de Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS) prueba que evalúa la Intensidad e Incidencia de la ansiedad.

Los resultados obtenidos revelan que la visita preoperatoria por el anestesiólogo, disminuye en forma significativa los niveles de ansiedad y de temor en el paciente quirúrgico.

gico, y que además tanto la personalidad del paciente, sexo, estado civil, experiencias previas de anestesia, relación -- con el anesthesiologo, cirujano y personal paramédico, tiene una gran influencia en la presentación de los diversos grados de ansiedad en los pacientes quirúrgicos.

Cabe señalar que uno de los factores de mayor importancia para disminuir la ansiedad y temor del paciente quirúrgico, es la conducta y la información que el anesthesiologo -- brinde al paciente que le va a dar la anestesia, con lo que logrará dar o proporcionar seguridad y confianza al paciente; obteniéndose como resultado una mejor cooperación, aceptación y tranquilidad del paciente en el procedimiento anestésico-quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. ALDRETE, J. A., y cols. Texto de Anestesiología. Teórico-Práctico. Ed. Salvat Tomo I. 1986: 333-363.
2. CLARKE, I. M., et al. Depression and anxiety in pain clinics. *Anaesthesia* 1986 March; 5 (3) 32-6.
3. CHRISTENSEN, N. C., et al. Fatigue and anxiety in surgical patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1986; 73:76-79.
4. COLLINS, V. J., Anestesiología. 3a Edición en Español. - Nueva Editoria Interamericana 1982.
5. DAVIES, H., et al. The psychology of anxiety. *Med War Oct.* 1986; 2 (4): 263-4.
6. DIAMOND, et al. The physicians reactions to patients - - with chronic pain. *Am. Fam. Physician.* Sept 1986; 34 (3): 117.
7. D.M. NAETEL, et al. Pattern of anxiety in a cross-cultural Hospital Population. *Acta Psychiatr. Scand.* 1984; 70:69-72.
8. EGBERT, D. Preoperative anxiety: The adult patient. *Int. Anesthesiol. Clin.* Winter 1986; 24 (4): 17-37.

9. EGBERT , D., and BATTIT, G. E. The value of the preoperative visit by an Anesthetist. J.A.M.A. 1963; 185 (7):503.
10. GONZALEZ, RIZO MA. LUISA. Ansiedad y reacciones adversas a los medios de contraste. Tesis Profesional H.E.C.M.R. - 1984.
11. GRAY, T.C., et al. Anestesia General. Ciencias Básicas. Vo. II 1a. ed. Editorial Salvat. 1976.
12. HAMILTON, M. The assissment of anxiety states by rating. Br. J. Med. Psychology. 1959; 32: 50-55.
13. HAMILTON, M. Development of a rating scales for primary-depressive illnes. Br. J. Med. Psychol. 1967; 6:278-96.
14. Harrison's y colaboradores. Principios de medicina interna. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 3a Edición. Tomo I -- 1982.
15. HYER, I., et al. Depression, anxiety, paranoid reactions hipocondiasis, and cognitive decline of later life impatiens. J. Gerontrol. January 1987; 42 (1): 92-94.
16. J. M. MURPHY. Trends in depression and anxiety: men and woman Act. Psychiatr. Scand. 1986; 73:113-127.
17. JOHNSTOM, M. Preoperative emotional states and postoperative covery. ADV. Psychosom Mer. 1980; 15: 1-22.

18. LEIGH, J. M., et al. Effect of preoperative visit on anxiety. Br. Med. Journal. 1982; 2: 387-9.
19. LEPINE, A. P., et al. Anxiety and depression in inpatients. The Lancet, DEC. 1985; 2 (28): 1425-6.
20. LEWIS, R. Preoperative anxiety and Anaesthetic, room -- Decor. Anaesthesia Oct. 1985; 40 (10): 1024-5.
21. MARCUS, B., and SHEFFER, M. D. The emotional responses of patients to surgery and anaesthesia. ANESTHESIOLOGY SEP. 1980; 21 (5): 120.
22. NORRIS, W., et al. Preoperative anxiety: A study of the incidence and aetiology. British Journal of Anaesthesia 1907; 39: 503.
23. OVERAL, J. E., et al. The brief psychiatric rating scale psychl. Exp. 1962; 10: 799.
24. PANCHERI, P. Manual de Psiquiatria Clínica. 1a. edición. Editorial Trillas 1979; 103-6.
25. PETER, TYRER. Clasificación of anxiety. J. Psychiatr. 1984; 144: 78-83.
26. PHITHER, C. The preoperative visit: A score of anxiety. Anaesthesia Jul. 1985; 40 (7): 698.

27. RAMSAY, N.A.E. A survey of preoperative fear. *Anaesthesia*. Oct. 1972; 27: 4.
28. R. J. MATHEW., et al. Catecholamines and anxiety. *Act. - Psichiatr. Scand.* 1982; 65: 142-7.
29. R. P. SNAITH., et al. Rating scales for depression and anxiety *Br. J. Clin. Pharmac.* 1985; 19: 175-205.
30. SALOMON, P., et al. Anxiety and endocrine changes in surgical patients. *Br. J. Clin. Psycholol.* May 1986; - - - 25 (pt 2): 135-41.
31. SHEFFER, M. B. et al. The emotional responses of patients to surgery and anesthesia. *Anesthesiology*. Oct. 1960; - - 21: 502.
32. SHIMCO, C. The effect of preoperative instruction on - - states anxiety. *J. N. Surg. Nurs.* Dec. 1981; 13 (6):318-22.
33. TEMPLER, D. I. A Dimensional conceptualization of anxiety. *The British Journal of Psichiary*. January 1984; 144: 78-83.