

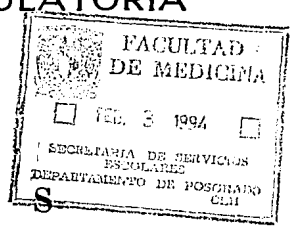
11202
70
2eje.

Universidad Nacional Autónoma de México



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZACION DE ANESTESIOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

"MEDICACION PREANESTESICA
CON DIACEPAM EN PACIENTES
DE CIRUGIA AMBULATORIA"



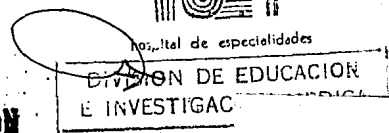
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
P R E S E N T A :

DRA. IRENE GERTRUDIS RODRIGUEZ
SANTAMARIA



Handwritten signature



MEXICO, D. F. TESIS CON FALLA DE ORIGEN FEBRERO DE 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

A DIOS ...

A MIS PADRES :

POR LA SEMILLA DE LUCHA
Y SUPERACION QUE DEPOSI
TARON EN MI...
COMO UN INSIGNIFICANTE
HOMENAJE A SU GRANDEZA.

A MI ESPOSO Y MI HIJA:

POR EL INMENSO APOYO Y
ÁNHELO DE TRIUNFO QUE
ALIMENTAN DIA CON DIA.
POR HABER DADO A MI VI-
DA EL SENTIDO SUPREMO
Y EL ENLACE SUBLIME DE
NUESTRO AMOR.

A MIS MAESTROS ...

I N D I C E

| | |
|--------------------------|----|
| Introducción | 1 |
| Material y Métodos | 4 |
| Minimental State | |
| Resultados | 9 |
| Discusión | 13 |
| Conclusión | 19 |
| Resumen | 20 |
| Summary | 21 |
| Tabla 1 | 22 |
| Figura 1 | 23 |
| Figura 2 | 24 |
| Figura 3 | 25 |
| Tabla 2 | 26 |
| Figura 4 | 27 |
| Figura 5 | 28 |
| Figura 6 | 29 |
| Figura 7 | 30 |
| Figura 8 | 31 |
| Figura 9 | 32 |
| Referencias | 33 |

" MEDICACION PREANESTESICA CON DIACEPAM EN PACIENTES DE -
CIRUGIA AMBULATORIA "

DRA. IRENE G. RODRIGUEZ SANTAMARIA +
DR. GILBERTO BARRIENTOS BAEZ ++
DR. LUIS GUILLERMO RUIZ FLORES +++
DR. RAMON MARIO CALDERON MANCERA +++++

La realización de procedimientos quirúrgicos, en pa-
cientes que son enviados a su domicilio, tiene anteceden-
tes desde principios de siglo (1,2).

En 1919 el Dr. Ralph Water escribió acerca de la a--
nestesia ambulatoria. En los últimos años se ha renovado-
el interés por desarrollar facilidades para el cuidado --
quirúrgico ambulatorio, debido a la creciente demanda de-
camas y menor estancia hospitalaria (3,4,5,6).

Hospital de Especialidades. Centro Médico " La Raza ".
Instituto Mexicano del Seguro Social.
+ Médico Becario (Residente de segundo año).
++ Médico de Base.
+++ Médico Jefe del Departamento de Psiquiatría.
++++ Médico Jefe del Departamento de Anestesiología.

Inicialmente, el ímpetu por este renovado interés -- fue para permitir realizar un número mayor de cirugías -- dentro de las posibilidades de estructura y camas que e-- existen dentro de un hospital. Entre los pioneros de esta-- tendencia estuvieron los doctores Coakley y Levy, en el - Hospital Universitario George Washington, donde en 1966 - se abrió la primera unidad quirúrgica de paciente "inter-- no y externo" del hospital, con la mayor discreción. Esta unidad sirvió de modelo para muchas otras dedicadas a -- proporcionar atención quirúrgica dentro del hospital y -- promover la pronta recuperación del paciente ambulatorio-- (1,7). Esto significa que el paciente se recupera del ma-- nejo anestésico en la Unidad y convalece de la interven-- ción quirúrgica en su propia casa.

Cirugía ambulatoria como concepto implica: 1) sumi-- nistro de los serviciós que requieren anestesia o un pe-- riodo de observación postoperatoria, o ambos, en pacien-- tes cuya admisión para estancia de una sola noche no se - ha anticipado que sea médicamente necesaria; 2) para el - consenso de los cirujanos, demanda que la operación no -- sea de complejidad tal como para requerir hospitalización (3).

Los procedimientos operatorios más convenientes son-

aquellos de corta duración (15 a 90 minutos), asociados con mínimo sangrado y daños fisiológicos menores.

Debido a lo anterior se ha ahondado en el estudio de la medicación preanestésica para procedimientos ambulatorios cortos (15, 90 y 120 minutos). Existe la idea, en un gran número de unidades, de que el proporcionar medicación preanestésica alarga el periodo de recuperación, en especial en aquellos procedimientos de más corta duración (1, 3, 4, 5, 8, 9). Se ha utilizado el diacepam para obtener sedación y amnesia anterógrada durante la anestesia ligera; recientemente se ha referido que reduce la incidencia de fasciculaciones y la mialgia postoperatoria, cuando se ha usado succinilcolina para producir relajación muscular (1, 10, 11, 12). En trabajos recientes, se ha administrado el diacepam a dosis de 150 mcgs/kg por vía oral, demostrando que la medicación preanestésica puede usarse con seguridad en el grupo de pacientes ambulatorios, sin prolongación del tiempo de recuperación (1, 13).

A pesar de los antecedentes que existen al respecto, aún es palpable la diferencia de criterios en cuanto a administrar o no la medicación preanestésica, por lo que el objetivo del presente trabajo es comparar el tiempo de recuperación anestésica en pacientes de cirugía ambulatoria, con medicación preanestésica o sin ella.

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

En el hospital de Especialidades del Centro Médico - "La Raza", se estudiaron 20 pacientes sometidos a cirugía ambulatoria de tipo plástica y reconstructiva, durante el periodo comprendido entre agosto y noviembre de 1991, divididos en dos grupos de 10 pacientes cada uno: el grupo I fue medicado una hora antes de la cirugía con diacepam a dosis de 150 mcgs/kg, por vía oral, con 50 mililitros - de agua; el grupo II no fue medicado.

Todas las cirugías fueron de carácter electivo, los pacientes fueron de ambos sexos con estados físicos 1 y 2 de acuerdo con los criterios de la "American Society of Anesthesiologists".

De todos los pacientes se recopilaron los siguientes datos:

- 1) Sexo.
- 2) Edad.
- 3) Talla.
- 4) Peso.
- 5) Escolaridad máxima.
- 6) Diagnóstico preoperatorio y tipo de cirugía efec-

tuada.

- 7) Estado físico y riesgo anestésico-quirúrgico --- (RAQ).
- 8) Signos vitales al inicio y al final del procedi-- miento.
- 9) Medicación preanestésica y dosificación de la mis ma.
- 10) Tiempo de cirugía.
- 11) Inductor: dosis total y dosis por kilogramo de pe so.
- 12) Narcótico: dosis total y dosis por kilogramo de - so.
- 13) Anestésico inhalatorio y volumen por ciento medio.
- 14) Evaluación de la recuperación postanestésica se-- gún el test "Minimental State" (anexo I).
- 15) Calificación de Aldrete para el estado al recupe-- rarse.
- 16) Primera frase escrita por el paciente en la sala-- de recuperación y durante el período de recupera-- ción postanestésico inmediato.

Los datos obtenidos fueron sometidos a tratamiento - estadístico con base en la t de Student y se establecie-- ron relaciones entre la duración de la cirugía, la califi-- cación de Aldrete y el tiempo de recuperación postanesté--

sico, así como también la edad y el peso, con el inductor y su dosis por kilogramo de peso, el anestésico inhalatorio y su volumen porcento medio, y todos estos parámetros con el tiempo en que se recuperó el estado de alerta, esta valoración fue realizada con el auxilio de un test psicológico (Minimal State) interpretado por el Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital.

No se incluyeron aquellos pacientes que contaban con patología agregada (crónico-degenerativa y/o propia del embarazo), alcoholismo crónico (ingesta de más de una vez por semana por más de un año), o con ingesta crónica de psicofármacos. De la misma manera no fueron incluidos femeninos con embarazo, ni pacientes psicológicamente alterados (retraso mental). Además se excluyeron los pacientes que no ingirieron el medicamento prescrito o aquellos a quienes se administró otro fármaco antes o durante la cirugía (antihistamínicos o neurolépticos).



NOMBRE _____ CED. AFILIACION _____
 FECHA DE VALORACION INICIAL _____ ENTREVISTADOR _____ PUNTAJE _____
 Incorrecto= 0 puntos Correcto=1 punto 24-30 puntos=Normal Menos de 15 puntos=Demencia

1. ORIENTACION (10 puntos)

Pregunte ¿Cuál es la fecha de hoy? y después pregunte específicamente las partes omitidas; p.ej. ¿Cuál es el día de la semana? ¿En que época del año estamos?

Fecha(p.ej. 24 de enero) 1 _____
 Año 2 _____
 Mes 3 _____
 Día(p.ej. Lunes) 4 _____
 Época del año 5 _____

Pregunte ¿Puede decirme el nombre de este hospital? ¿En que piso estamos, o en que Servicio esta internado? ¿En que ciudad estamos? ¿Que zona o colonia de la ciudad? ¿de que país o Estado?

Hospital 6 _____
 Piso o Servicio 7 _____
 Ciudad 8 _____
 Zona o Colonia 9 _____
 País o Estado 10 _____

2. REGISTRO. (3 puntos)

Pregunte al sujeto si puede poner a prueba su memoria. Entonces diga "bola", "bandera", "arbol", de manera clara y despacio, dando aprox. un segundo para cada palabra. Una vez que ha dicho las tres, pídale que se las repita. La primera repetición determinará su calificación(0-3) pero insista repitiendoselas hasta que pueda repetir las el sujeto completas; si después de seis intentos no es posible, se invalidará la prueba de recuerdo reciente.

Bola 11 _____
 Bandera 12 _____
 Arbol 13 _____
 Número de ensayos *14 _____

3. ATENCION Y CALCULO. (5 puntos)

Pida al sujeto que cuente de siete en siete hacia atrás, iniciando a partir del cien. Detengase después de cinco sustracciones(93,86,79,72,65). Califique el número total de respuestas correctas. Si el sujeto no lo puede llevar a cabo, pídale que deletree la palabra "MUNDO" de atrás hacia adelante. La calificación será el número de letras en el orden correcto. P.ej. cdnum=5 onudm=2 y registre como deletreó el sujeto.

"93" 15 _____
 "86" 16 _____
 "79" 17 _____
 "72" 18 _____
 "65" 19 _____
 Número de letras en orden 20 _____
 Registro de como deletreó _____

4. MEMORIA RECIENTE. (3 puntos)

Pida al sujeto que le mencione las tres palabras que usted le había pedido que recordara previamente. Califique (0-3).

Bola 21 _____
 Bandera 22 _____
 Arbol 23 _____

MINI EXAMEN MENTAL. Continuación...

5. LENGUAJE. (9 puntos)

COMBRAR: Muestre al sujeto un reloj de pulsera y preguntele ¿que es?. Repítalo con un lápiz.

Reloj 24 _____
Lápiz 25 _____

REPETIR: Pida al sujeto que repita "Sin excusas ni pretextos"

Repetición 26 _____

SEGUIR DIRECTIVAS: Consta de tres etapas, se dá al sujeto un pedazo de papel en blanco y se le pide que "tome el papel con la mano derecha, lo doble a la mitad y lo ponga en el suelo".

Tomar el papel (derecha) 27 _____
Doblarlo a la mitad 28 _____
Ponerlo en el suelo 29 _____

LEER: En un pedazo de papel en blanco escriba la oración "Cierre sus ojos", con letras grandes y visibles para el sujeto. Pídale que lea lo que esta escrito en voz alta y que haga lo que dice el papel. Se califica como correcto si en efecto cierra sus ojos.

Cierra sus ojos 30 _____

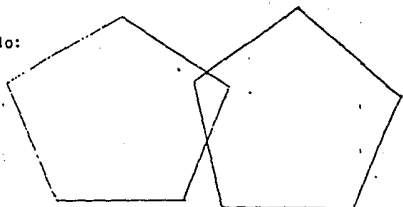
ESCRIBIR: Se da al sujeto un pedazo de papel en blanco y se le pide que escriba una oración. Esta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y verbo además de ser congruente.

Escribe la oración 31 _____

COPIAR: En un pedazo de papel en blanco dibuje dos pentágonos que se intersectan, cada lado de aprox. 25 milímetros y pídale al sujeto que lo copie exactamente. Deben estar presentes los 10 ángulos y deben de cruzarse dos para que califique un punto. No se toma en cuenta la rotación o el temblor.

Copia los pentágonos 32 _____

Por ejemplo:



(Calificación máxima 30 puntos)

Registre el nivel de alerta del sujeto: a) Coma b) Estupor c) Somnolencia d) Alerta (despierto)

| FECHA DE VALORACION | VALORACIONES SUBSECUENTES ENTREVISTADOR | PUNTAJE | ALERTA |
|---------------------|---|---------|--------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

R E S U L T A D O S

Los resultados de sexo, edad, talla, peso, diagnóstico preoperatorio y tipo de cirugía efectuada se muestran en la tabla 1 y figuras 1 y 2.

Estado físico (ASA) .- El 80% de los pacientes del grupo I tuvieron ASA 1, y el resto ASA 2. Del grupo II 90% tuvieron ASA 1 y el resto ASA 2 (figura no. 3).

Signos vitales .- Los valores promedio de T.A inicial para el grupo I fueron 115/75mmHg y para el grupo II 123/63mmHg; mientras que los valores promedio finales para el grupo I fueron 129/82 y para el grupo II 117/75mmHg. Los valores promedio de frecuencia cardiaca inicial y final para ambos grupos fueron 65 y 75 por minuto y 70 y 80 por minuto respectivamente (tabla no. 2).

Medicación preanestésica .- Varió entre 9 y 13 mgs con media aritmética de 11.08 mgs para el grupo I. El grupo II no recibió medicación preanestésica alguna.

Tiempo de duración de las cirugías .- En el grupo I se observó un rango de 60-240 minutos con promedio de 156-

y SD de 64. En el grupo II el promedio fue de 172.5 minutos con rango de 100-270 y SD de 55 sin diferencia estadística (figura no.4).

Inductor .- El inductor utilizado en todos los casos - fue propofol, cuya dosis total promedio para el grupo I fue de 166 mg con rango de 120-240 y la dosis/kg de peso fue de 2.3 con rango de 1.79-3.15, mientras que las cifras para el grupo II resultaron mayores: dosis total promedio de 167 mg con rango de 100-250 mgs y dosis/kg de 2.55 con rango de -- 1.9-3.27 sin diferencia significativa (figura no.5).

Narcótico .- El narcótico utilizado en ambos grupos -- fue citrato de fentanyl a dosis total y por kilogramo de peso, en promedios, de 316 mcgs y 1.48 mcgs para el grupo I y de 355 mcgs y 2.55 mcgs para el grupo II. El consumo fue mayor para el grupo II, y la diferencia significativa (figura no. 6).

Anestésico inhalatorio .- El halogenado utilizado en - ambos grupos fue enflurano (Ethrane (R)). Los pacientes del grupo I requirieron volumen promedio de 1.42 vol. % (SD.2), valor que se encuentra por debajo del encontrado en los pa- cientes del grupo II que fue de 1.48 vol. % (SD .1), obte-- niéndose con ésto, diferencia significativa (figura no.7).

Calificación de Aldrete .- En el grupo I, 9 pacientes (90%) fueron calificados con 9, mientras que el paciente restante obtuvo 8. En el grupo II un paciente (10%) obtuvo Aldrete de 10, 7 pacientes obtuvieron calificación de 9 y el resto (20%) fueron calificados con 8 (figura no.8).

Valoración con "Minimental State" .- Dos pacientes del grupo I alcanzaron los 30 puntos iniciales (valoración realizada en el preoperatorio inmediato) a los 15 minutos de su llegada a recuperación, aunque conservaban estado -- somnoliento, a los 20 minutos, los 10 pacientes (100%) habían alcanzado su puntuación inicial, aunque de éstos, 9 se encontraban alerta y sólo uno somnoliento, mismo que alcanzó el estado de alerta total a los 30 minutos de postoperatorio inmediato. Del grupo II un paciente (10%) alcanzó el estado de alerta y los 30 puntos iniciales a su llegada a recuperación, el resto de pacientes alcanzaron el estado de alerta a los 15 minutos (figura no. 9). Cabe aclarar que antes de ese tiempo las alteraciones obtenidas en ambos grupos fueron en el rubro de memoria reciente del test "Minimental State".

Las primeras frases escritas por los pacientes, fueron generalmente de satisfacción y bienestar. Un enlistado de ellas se presentan en el anexo 2.

ANEXO NO. 2.

GRUPO I

- Son todos muy amables.
- Creí que me moría.
- Les agradezco todo.
- Que Dios los bendiga.
- Yo amo a Cristo.
- Tengo flemas.
- La Dra. es muy amable.
- Gracias.
- Me duele la cabeza.
- Quiero ver a mis hijos.

GRUPO II

- Gracias a Dios estoy bien.
- Quiero agua y tengo flemas.
- Que Dios les bendiga.
- Gracias por todo.
- Ya me quiero ir.
- ¿ Quedó bien mi nariz ?.
- ¿ Cómo quedé ?.
- Gracias por todo.
- ¿ Estoy bien doctora ?.
- Estoy cansada.

D I S C U S I O N

La distribución por grupos de edad en nuestro estudio no presentó diferencia significativa en cuanto a la recuperación de la memoria y el estado de alerta con base en los tests aplicados a los dos grupos de pacientes. Esto concuerda con lo reportado por Pomara et al quienes demostraron que una dosis de 2.5 mgs de diazepam alteraba la memoria y la función psicomotora en los viejos pero no en los sujetos jóvenes (15). Sin embargo Biebuyck en su estudio demostró que la disminución de la memoria después de administrada la droga, fue aproximadamente la misma en todos los grupos de edad (15).

Kanto recomienda para obtener óptimos resultados de la acción ansiolítica de las benzodiazepinas, administrarlas por vía oral, 1.5 a 2 horas antes de la inducción de la anestesia con 25 a 50 mililitros de agua, tal como se administró en el presente estudio (18). Richards y Evans apoyan lo anterior y agregan que la posición supina o reclinada (semifowler) son las ideales para tener un tránsito rápido de las tabletas del fármaco a través del esófago, y descartan el hecho del retraso en la absorción de las mismas acusado por otros autores. La eliminación del

diacepam es prolongada (24-48 hrs) y su absorción hasta el intestino es rápida y completa cuando se administra -- por vía oral (Mandellis, Tognoni, Garattini, 1978) (13), -- ésto es demostrado por la concentración plasmática pico -- (19).

Es de relevante importancia citar a Richter (20) --- quien nos hace recordar en 1981 la acción de las benzodiazepinas en términos que confirman la presencia de receptores benzodiazepínicos, este principio continúa siendo apoyo de teorías actuales. Las benzodiazepinas tienen las siguientes propiedades en orden de aparición: 1) ansiolítica; 2) anticonvulsivante; 3) sedación; 4) relajación muscular mediada centralmente; 5) amnesia y 6) hipnosis.

Los mecanismos de acción de las benzodiazepinas son atribuidos a neurotransmisión inhibitoria incrementada en cerebro y médula espinal. Localizados en la membrana sináptica, los receptores benzodiazepínicos son proteínas -- que modulan los efectos de otros neurotransmisores. Costa y Guidotti propusieron que las propiedades anticonvulsivantes y sedantes son una consecuencia de efectos inhibitorios incrementados del ácido gamma amino butírico (GABA), causado por la unión de benzodiazepinas a receptores (20).

Nuestro estudio es apoyado por la afirmación que hacen Ghoneim y Mewaldt (15) con respecto a que los grados y duración de la alteración de la memoria están directamente relacionados a la dosis administrada de la droga.

En éste trabajo, en cuanto a la aplicación del test " Minimental State " contamos con diversos parámetros (orientación, registro, atención y cálculo y memoria reciente y lenguaje) (14) que se ven alterados con el fármaco administrado como lo apoya la literatura existente, pero éste a su vez se ve modificado en forma particular en cada paciente, de acuerdo al grado de escolaridad algunos pacientes mostraron resultados modificados. Aunque esto ocurrió desde la valoración preoperatoria.

Los parámetros de selección de casos para cirugía ambulatoria incluyen el de tener buena salud, o si padece una enfermedad sistémica estar bajo buen control según lo refiere Burton S. Epstein (19); dichos parámetros fueron propios del grupo estudiado.

Existen estudios que evidencian que el estrés emocional o físico producen un incremento en la actividad opioide endógena con incremento en plasma de los niveles de beta-endorfinas (B-END). Los datos anteriores de Puig, ---

Walsh, Tang, Lovitz y Turndorf pueden ser traspolados a nuestro estudio, ya que los signos vitales iniciales de los pacientes del grupo I estuvieron significativamente por debajo de los de los pacientes del grupo II (8). Esto resalta la importancia de la medicación preanestésica para evitar no sólo el estrés, sino también para evitar la respuesta simpática al mismo, dando mejor estabilidad hemodinámica.

La menor necesidad de medicamentos en la anestesia para el grupo I, fue debida a la potencialización entre benzodicepina, narcótico y anestésico inhalatorio, hecho que se correlaciona con artículos internacionales sobre el tema (9). Uno de los fines de la medicación preanestésica es ésta potencialización, ya que el paciente es beneficiado por la disminución de las dosis de cada fármaco, con la concomitante disminución de depresión y de efectos colaterales.

Una preocupación constante del anesthesiólogo es la depresión respiratoria postanestésica. En nuestro estudio los pacientes que recibieron medicación requirieron dosis totales significativamente menores, con lo que disminuyó la posibilidad mencionada.

El Dr. Herbert D. Weintraub (1) puntualizó que los -- fármacos de larga duración administrados para producir sedación en el periodo preoperatorio pueden continuar ac--- tuando durante el periodo postoperatorio y ayudan a promover un periodo de desorientación que es de más probable aparición en los grupos de mayor edad (1).

La ASA, ha determinado que todo paciente que recibe - manejo anestésico debe ser vigilado durante 3 hrs antes de ser egresado a su domicilio. Ante esta estancia forzada, la prolongación de 15 minutos en la recuperación de un estado mental bien integrado no parece tener importancia, si lo - comparámos con el beneficio recibido por el paciente al ad ministrarle dosis menores de fármacos transoperatorios.

Es probable que la duración de la cirugía (hasta 5 -- horas), sumado a los 90 minutos de espera entre la medicación y el inicio de la inducción, hayan permitido la farma cocinética de la benzodiazepina, lo que llevó a no encontrar diferencia entre los dos grupos en cuanto al tiempo - para despertar y la calidad de la recuperación. Es deseable una mejor selección del paciente que se programa para cirugía electiva, para evitar cirugía tan prolongada con - calidad ambulatoria.

Esto hace atractiva la medicación para procedimientos suficientemente largos, ya que permite iniciar el manejo anestésico en un paciente tranquilo y cooperador, sin afectar ni prolongar su recuperación.

C O N C L U S I O N

La medicación preanestésica oral puede usarse con se
guridad en el grupo de pacientes ambulatorios, para dismi
nuir el estrés perioperatorio, sin prolongación significa
tiva del tiempo de recuperación postanestésico.

R E S U M E N

Se presenta un análisis de la comparación realizada entre dos grupos de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, reunidos en un período de cuatro meses en el Hospital de Especialidades del Centro Médico " La Raza ". Uno de los grupos de pacientes recibió medicación preanestésica con diacepam, 150 mcgs/kg por vía oral, y se efectuó registro del tiempo de cirugía, la dosis de los agentes utilizados y el tiempo de recuperación postanestésico.

Se realizó comparación entre ambos grupos y de éstos con datos existentes en la literatura internacional encontrándose menor necesidad de medicamentos adyuvantes en el grupo medicado sin prolongación significativa del tiempo de recuperación postanestésico.

S U M M A R Y

Two groups of patients were studied for ambulatory - surgery at Hospital de Especialidades del Centro Médico - " La Raza". Diazepam effect was evaluated as preanesthe-- tic medication (150 mcgs/kg oral dose) in the first --- group. In the other group medication was omitted. The reco very time was evaluated in both groups by scors "Minimen- tal State ".

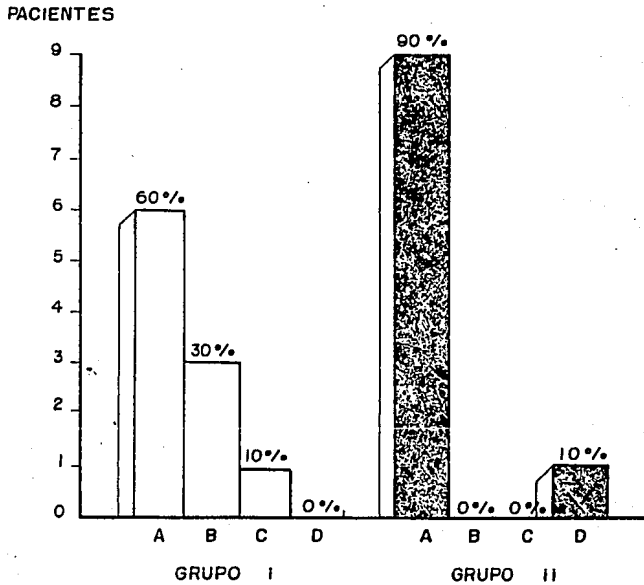
Tabla N° 1
DATOS DEMOGRAFICOS

| | S E X O | | EDAD | TALLA | PESO | ESCOLARIDAD | | |
|----------|---------|------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|---------------|
| | FEM | MASC | \bar{x} | \bar{x} | \bar{x} | PRI-MARIA | SECUN-DARIA | BACHILLE-RATO |
| GRUPO I | 7 | 3 | 28 ± 5 | 161 ± 6 | 70 ± 9 | 7 | 1 | 2 |
| GRUPO II | 2 | 8 | 24 ± 6 | 164 ± 6 | 63 ± 7 | 3 | 4 | 3 |

HE CMR

Fig. 1

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

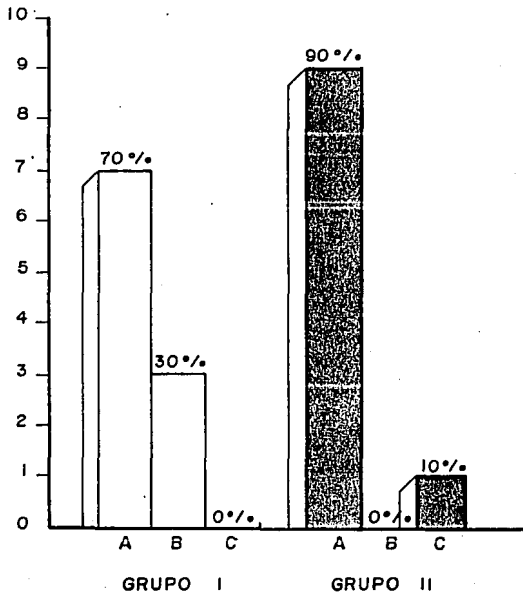


- A. SECUELAS DE TRAUMA NASAL
- B. DESVIACION SEPTAL
- C. HIPERTROFIA DE CORNETES
- D. SINDROME DE ESCALENO DERECHO.

Fuente: HECMR

Fig. N°2
TIPO DE CIRUGIA

PACIENTES



- A RINOSEPTUMPLASTIA .
- B SEPTUMPLASTIA
- C ESCALENECTOMIA .

Fuente: HE CMR

Fig. N°3
ESTADO FISICO
(ASA)

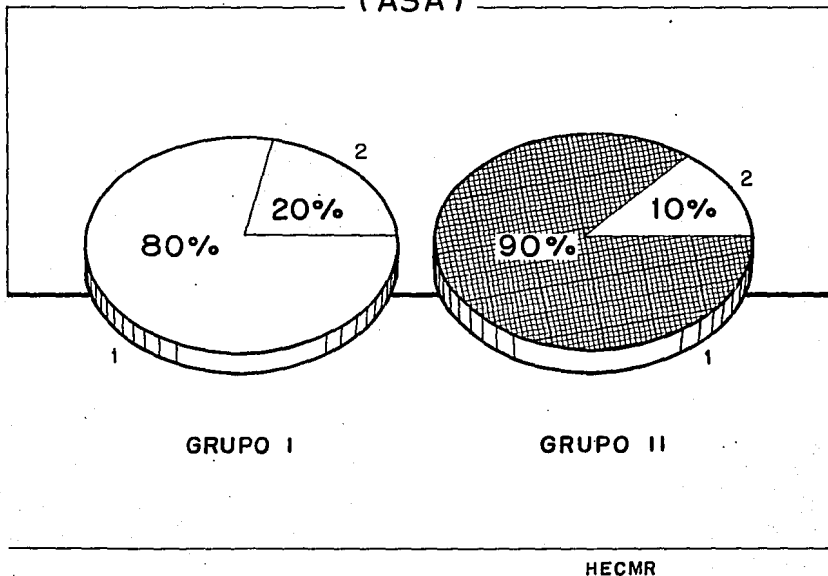
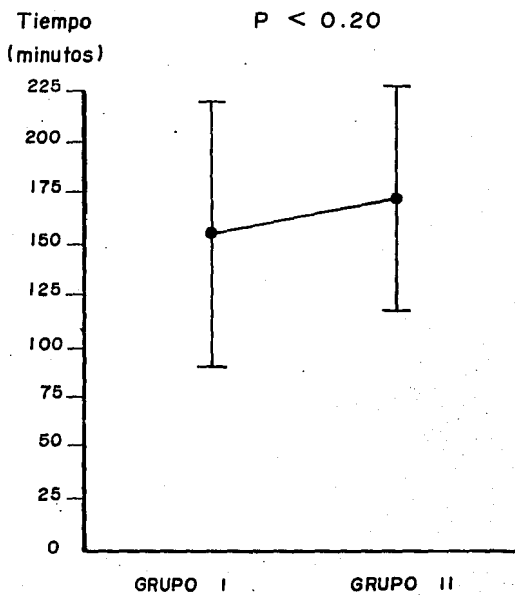


Tabla N° 2
SIGNOS VITALES

| SIGNOS VITALES | GRUPO I \bar{x} | GRUPO II \bar{x} | P |
|----------------|----------------------|-----------------------|----------|
| T/A Inicial | 115/75 mmHg | 123/66 mmHg | < 0.40 |
| T/A Final | 129/82 mmHg | 117/75 mmHg. | < 0.25 |
| FC Inicial | 65 | 75 | < 0.005 |
| FC Final | 70 | 80 | < 0.0025 |

Fuente: HECMR

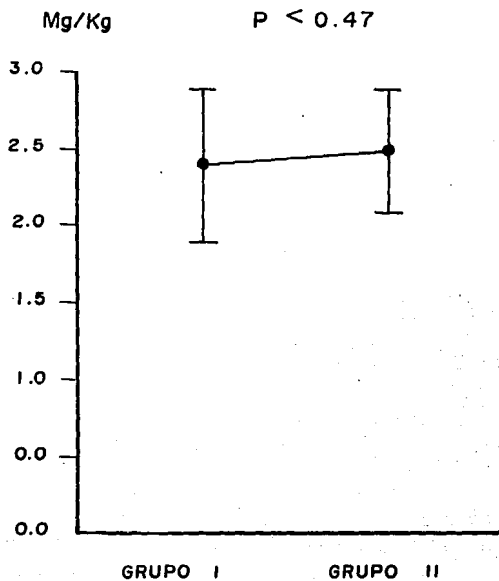
Fig. N° 4
TIEMPO QUIRURGICO



Fuente : HECMR

Fig. N° 5

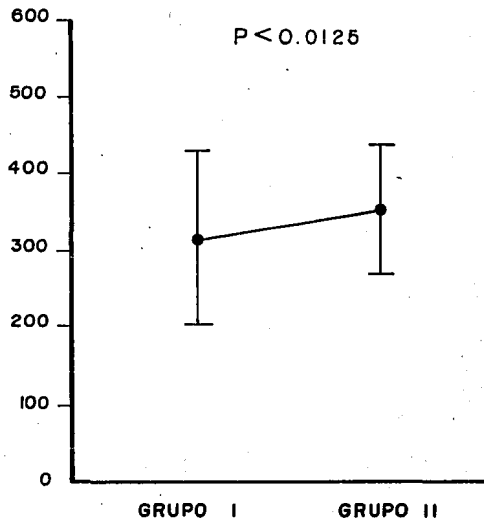
DOSIS DE INDUCTOR



Fuente : HGCMR

Fig.N° 6
NARCOTICO

Narcótico
(microgramos)

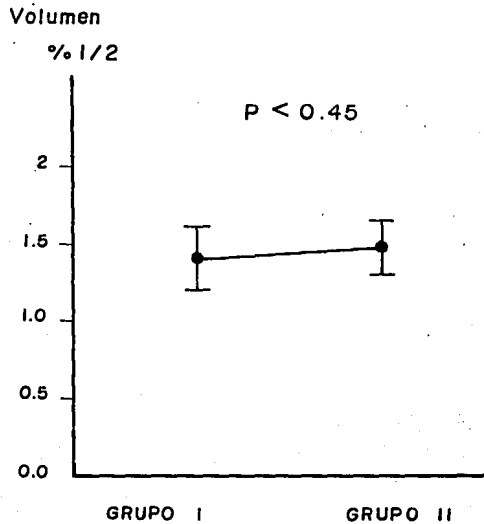


Fuente . HECMR .

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

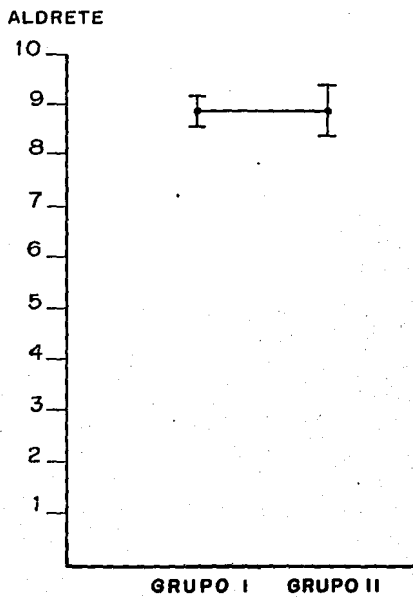
Fig. N° 7

ANESTESICO INHALATORIO



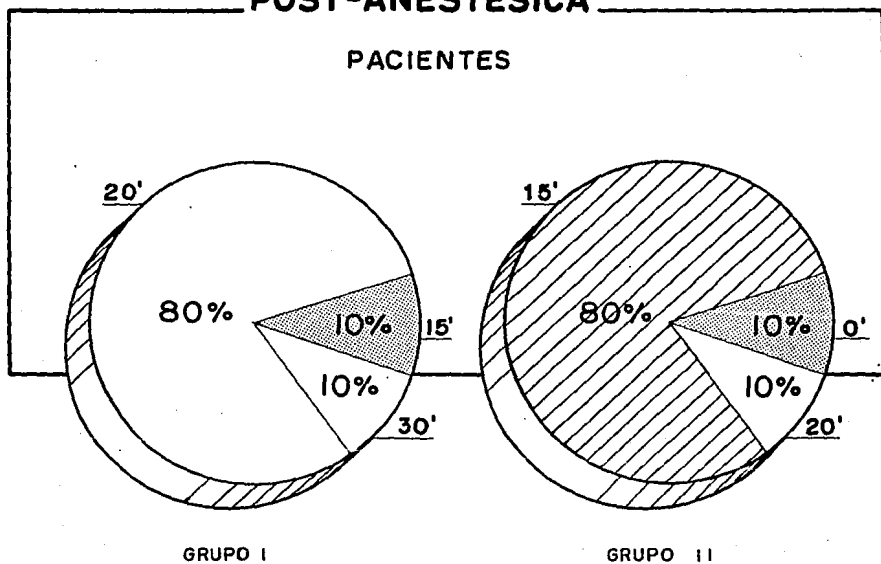
Fuente: HECMR.

Fig. 8
ALDRETE



Fuente: HECMR

Figura N.º 9
**TIEMPO DE RECUPERACION
POST-ANESTESICA**



Fuente : HECMR

R E F E R E N C I A S

1. Detmer DE Buchanan-Davidson DJ Ambulatory surgery.Surgical clinics of North America 1982;62:475-77.
2. Aldama JF El manejo anestésico del paciente ambulatorio.Tesis 1986,Hospital de Especialidades.Centro Médico "La Raza".
3. Duncan PG Day can surgical anaesthesia:Wich patients?Wich procedures?.Can J Anaesth 1991;38:7:880-82.
4. Chung F Wich is the best anaesthetic technique ?.Can J Anaesth 1991;38:7:882-86.
- 5.- Hannallah RS Selection of patients for paediatric ambulatory surgery.Can J Anaesth 1991;38:887-90.
6. Wetchler B What are the problems in the recovery room? Can J Anaesth 1991;38:890-94.
7. Epstein BJ Recovery from anesthesia.Anesthesiology --- 1975;43:285-87.
8. Piug M Premedication abolishes increases in plasma beta-endorphine due to pre-surgical stress.Anesth Analg 1986;65 S1-S2:70.
9. White PF Effect of medication on the intravenous requirements .Anesthesiology 1984;61 3A:389.
- 10.Hofstad B Benzodiazepines as oral premedication. A comparison between oxazepam,flunitrazepam and placebo.Ac-

ta Anaesthesiol Scand 1987;31:(4)295-99.

11. Kanto J The use of oral benzodiazepines as anaesthetic the usefulness of temazepam. Acta Psychiatr Acad. suppl 332,1986;74:159-66.
12. Kanto Intravenous benzodiazepines as anaesthetic agents:Pharmacokinetics and clinical consequences.Acta Anaesthesiol Scand 1982;26:554-59.
13. Richards DG Effects of volumen of water taken with diazepam tablets on absorption 1986;58:41-4.
14. Folstein N Minimental state a practical method for grading the cognitive state.J Psychiatry Res 1975;12:189-98.
15. Biebuyck JF Benzodiazepines and human memory: A review.Anesthesiology 1990;72:926-38.
16. Pouttu J Scheinin B Rosenberg PH Viinamäky O Scheinin M.Oral premedication with clonidine:effects on stress-responses durin general anaesthesia.Acta Anaesthesiol-Scand 1987;32:131-34.
17. Larsson S Hägerdal M Lundberg D Premedication intramuscular dixyrazine: A controlled double-blind comparison with morphine-scopolamine and placebo.Acta Anaesthesiol Scand 1988;32:131-34.
18. Rapoport DM Greenberg HE Goldring RM Difering effects on the anxiolytic agents buspirone and diazepam on control of breathing.Clin Pharmacol Ther 1991;49:394-401.

19. Richter JJ Current theories about the mechanisms of benzodiazepines and neuroleptic drugs. *Anesthesiology* 1981;54:66-72.