

La Valoración Anestésica Pre Operatoria

DR. G. VASCONCELOS PALACIOS

EN la actualidad la Anestesiología es una ciencia médica que debe ser ejercida por un especialista con amplios estudios de postgrado, gran habilidad técnica y una profunda responsabilidad profesional, para ofrecer la máxima seguridad al paciente.

Los postulados para realizar este cometido satisfactoriamente son:

El examen Pre-Anestésico.

La Técnica Anestésica y los cuidados del Transoperatorio.

La vigilancia estrecha en el postoperatorio inmediato.

Nos vamos a referir en esta ocasión únicamente al examen preanestésico, uno de los aspectos más importantes en anestesiología y del cual depende en un gran porcentaje el éxito del procedimiento anestésico ejecutado.

Este examen deberá ser efectuado por el médico anestesiólogo varios días antes de la operación o de la fecha probable del parto, con el propósito de contar con tiempo suficiente para hacer una correcta valoración previa a la anestesia, dictar medidas encaminadas a mejorar las condiciones pre-

operatorias, efectuar otros estudios complementarios y dar tiempo para eliminar algunos agentes medicamentosos particularmente inconvenientes para la anestesia o incompatibles con ciertos anestésicos. En las instituciones Gineco Obstétricas Hospitalarias Privadas este examen debe hacerse rutinariamente a toda paciente que requiera algún procedimiento de analgesia o anestesia. Aún aquellas que han recibido entrenamiento psicoprofiláctico, es conveniente hacerles el examen preanestésico, pues frecuentemente por las características del caso o las distosias que se presenten durante el trabajo de parto, requieren en un momento determinado de procedimientos de anestesia por drogas y es ahí donde se presentan los más serios accidentes, tanto por lo precipitado con que se ejecutan las diferentes técnicas, como por el desconocimiento absoluto de los antecedentes patológicos y anestésicos de la paciente.

Naturalmente, esto es muy difícil de realizar en algunos hospitales de seguridad social, tanto porque la mujer embarazada no asiste regularmente a los cuidados prenatales, como por el gran volumen de pacientes que se atienden en estos centros

Conferencia dictada en la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, el 17 de Junio de 1974, para el Curso "Cirugía Ginecológica en la Paciente de Riesgo Alto".

asistenciales. El personal de guardia atiende fundamentalmente las distosias, las urgencias obstétricas y las pacientes de cirugía electiva en quienes sí se practica el examen preanestésico, pero la paciente obstétrica normal es valorada por el anestesiólogo hasta que llega al hospital en diferentes estadios del trabajo de parto.

Sin embargo, en unos y otros casos, es conveniente tener siempre en cuenta la importancia del tema que nos ocupa para que en circunstancias óptimas y en la medida de las posibilidades, se apliquen estos ideales y se puedan obtener de estos conceptos los máximos beneficios.

El examen preanestésico tiene como principales propósitos:

- a) Conocer el estado físico funcional y hacer una correcta valoración cardiopulmonar.

Después del interrogatorio por aparatos y sistemas, debe hacerse una exploración física dirigida hacia el punto de vista anestesiológico, con el propósito de detectar la patología de cierta importancia que determine las indicaciones o contraindicaciones de las diferentes técnicas empleadas en la actualidad.

Debe completarse el estudio con el electrocardiograma y el fotofluorograma o bien la telerradiografía de tórax.

El electrocardiograma de rutina es un valioso medio de información sobre ciertos trastornos miocárdicos y metabólicos que no pueden diagnosticarse con la simple exploración física habitual (pulso, auscultación precordial, presión arterial, etc.). Los bloqueos aurículo ventriculares importantes, la insuficiencia coronaria crónica en la paciente ginecológica de alto riesgo, los

trastornos de ritmo supraventriculares, etc., etc., frecuentemente los descubrimos con este valioso y a la vez sencillo procedimiento. A la paciente ginecológica generalmente no se le niega esta ventaja, pero a la mujer embarazada parece que se le ha vedado esta seguridad. Gracias al interés, entusiasmo e integridad del maestro Dr. Benjamín Bandera, logramos que a ellas también se les incluyera en esta valoración preanestésica y desde el año 1953 se instituyó el Examen de Admisión en el Hospital Francés en forma obligatoria. El Dr. Armando Sandoval Camacho hizo una revisión¹, tomando al azar entre 65,000 exámenes de admisión, los 2,080 efectuados a embarazadas durante los años de 1962 y 1963, para reportar los hallazgos E.C.G. encontrados en 96 de estas pacientes.

Bloqueo de Rama H. H.	2
Alteraciones miocárdicas A y o V ..	50
E. Mitral compensada	3
E. Mitral operada	5
Marcapaso migratorio	2
Taquicardia paroxística	2
Extrasístoles ventriculares	7
Taquicardia sinusal	14
Extrasístoles de focos múltiples	2
Ritmo nodal	3
Conducción rápida A. V.	6

De estas 96 embarazadas, 93 fueron menores de 40 años y solamente 3, mayores de tal edad.

Probablemente algunas de estas alteraciones no tengan significancia clínica, pero otras seguramente son de gran importancia no solamente en relación con cualesquier procedimiento anestésico, sino aún con el trabajo de parto mismo. Lo verdaderamente importante por lo tanto, es conocer

estas alteraciones previamente para tomar medidas preventivas de un accidente grave en la sala de partos.

El estudio radiológico de tórax es de particular importancia en la paciente de edad avanzada, pues nos informa fundamentalmente de tres aspectos muy importantes: la silueta cardiaca, que confirma y completa los hallazgos en el electrocardiograma; la ventilación de los campos pulmonares y ciertos datos de importancia para el anesthesiólogo en las estructuras óseas.

Por último se anotarán en la Ficha Preanestésica, los datos de Laboratorio sobre la Química Sanguínea (Glucosa, Urea, Acido Urico, Creatinina) y la Biometría Hemática (Hemoglobina, Hematocrito, Grupo Sanguíneo factor Rh, etc.). En determinados casos es conveniente además del estudio cardiológico y electrocardiográfico completo, hacer el estudio de la función respiratoria y el estudio gasométrico de oxígeno y bióxido de carbono, así como del equilibrio ácido base completo. La clasificación del estado físico la hacemos de acuerdo con la ASA (American Society of Anesthesiologists) que comprende los siguientes grados.²

A.—Clasificación del Estado Físico.

Grupo No. 1. "Paciente sin enfermedad orgánica en la cual ésta se localiza y no produce alteraciones sistémicas".

Grupo No. 2. "Paciente con alteración sistémica leve o moderada que puede estar relacionada o no con el proceso patológico motivo de la intervención y que interfiere sólo en forma moderada

con las actividades normales del individuo y su equilibrio fisiológico general".

Grupo No. 3. "Paciente con alteraciones sistémicas importantes que pueden estar asociadas o no con el proceso patológico quirúrgico y que interfieren en forma importante con las actividades normales de la paciente".

Grupo No. 4. "Paciente con alteraciones sistémicas muy severas que pueden estar asociadas o no con el proceso patológico, quirúrgico, que interfieren seriamente con las actividades normales del individuo y que amenazan la vida del sujeto".

Grupo No. 5. "Paciente operada de "Urgencia" y que de no ser así quedaría clasificada dentro de los grupos No. 1 y No. 2".

Grupo No. 6. "Paciente operada de "Urgencia" y que de no ser así, quedaría clasificada dentro de los grupos No. 3 y No. 4".

Grupo No. 7. "Paciente moribunda, cuya condición preoperatoria es tal, que se espera fallezca dentro de las siguientes 24 horas, aún cuando no sea sometida a ninguna intervención quirúrgica".

Condiciones comprendidas en los distintos grupos:

Grupo No. 1. Paciente sin patología agregada.

Grupo No. 2. Hipertensión no tratada, Diabetes controlada, Desnutrición, Obe-

sidad, Fiebre Reumática, Asma, Broncopatías, Gripe, Corticoterapia, Epilepsia Controlada, Anemia Discreta, antecedentes de Hepatitis, etc.

Grupo No. 3. Cardiopatía compensada, Corticoterapia descontinuada, Tuberculosis Activa, Enfermedades febriles, Nefropatías, Pre-Eclampsia, Hiper e Hipotiroidismo, Insuficiencia respiratoria, Hipertensión controlada, Diabetes no controlada.

Grupo No. 4. Cardiopatía descompensada, Eclampsia, Septicemia Bacteremia, Insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, Encefalitis, Estados de coma, Estados de "shock", Caquexia severa.

Grupo No. 5. Paciente operada de Urgencia, clasificada en los Grupos 1 ó 2.

Grupo No. 6. Paciente operada de Urgencia, clasificada en los Grupos 3 ó 4.

Grupo No. 7. Estados terminales de insuficiencia renal, Hepática, Cardíaca, "Shock" irreversible, Toxemia grávida convulsiva, etc.

Esta clasificación la empleamos para la valoración del Riesgo Anestésico. Para la valoración del Riesgo Quirúrgico, tomamos en cuenta la magnitud de la operación dada por las letras A y B según se trate de cirugía menor o de mediana magnitud y cirugía mayor o prolongada. Las Letras U y E significan de urgencia o electiva.

Clasificaciones de intervenciones quirúrgicas³.

Grupo A:—Biopsia de vulva, Exéresis de condilomas, Acuminados, Debridación o

exéresis de glándulas de Bartholin infectados o quísticos, Himenectomía, Himenorrafia, Tratamiento de carúncula uretral, Biopsia de vagina, Exéresis de quistes de Gardner, Exéresis de tumores pediculados de vulva, Exéresis de tumores benignos de vagina, Extirpación de tabiques vaginales, Electroterapia de lesiones de cuello, Conización de cuello, Biopsia de cuello, Biopsia de endometrio, Traquelotomía, Traqueolorrafia, Dilatación cervical, Extirpación de pólipos o fibromas pediculados de cuello, Legrado uterino, Punción de Douglas, Colpotomía posterior, Celiotomía trans-vaginal y pelvioscopia, Peritoneoscopia, Episotomía y episiorrafia, Debridación de abscesos parietales, Debridación de abscesos perineales, Sutura de dehiscencias de planos superficiales, Traqueotomía, Exéresis de tumores benignos mamarios, Perineoplastia, Tratamiento de uretrocistocele, Tratamiento de rectocele.

Dos operaciones de cirugía menor efectuadas en el mismo acto quirúrgico deben de considerarse como de riesgo correspondiente a cirugía mayor, por el tiempo, por el sangrado y por la prolongación de la anestesia.

Grupo B:—Vulvectomía, Tratamiento de enterocele, Tratamiento de fístulas urinarias o recto vaginales, Operaciones ampliadoras de vagina, Formación de vaginas artificiales, Amputación de cuello, Operación de Manchester, Histerotomía vaginal, Histerectomía vaginal, Colpocleisis de Lefort, Transposición de Watkins, Tratamiento de insuficiencia ístmico cervical, Operación de Shauta-

Tausio, Celiotomía exploradora, Tratamiento de dehiscencia parietal total postoperatoria, Tratamiento de Eventraciones, Tratamiento de hernia umbilical, Tratamiento de hernia crural, Operación de Marchall Marchetti, Ligamentopexias, Tratamiento de trompas, Tratamiento de Piosal-Pinx, Tratamiento de embarazo, Histerectomía total, Pan-histerectomía, Pan-histerectomía con linfadenectomía-Wertheim-Operación de Strassman y variantes, Otras intervenciones sobre útero, Inflamación pélvica, Endometriosis, Peritonitis plástica; Cesárea, Cesárea-histerectomía, Cesárea pan-histerectomía con linfadenectomía mastectomía simple, Super mastectomía radical con linfadenectomía, Excenteración pélvica anterior, Excenteración pélvica posterior, Excenteración total, Toracotomía, Nefrectomía, Intervenciones sobre uréter, Intervenciones sobre vejiga, Intervenciones sobre intestino.

Maniobras obstétricas.

Grupo A: Atención de parto obstétrico, Revisión de cavidad, Aplicación de forceps electivo bajo.

Grupo B: Aplicación de forceps medio bajo, Aplicación de forceps medio, Versión por maniobras internas, Gran extracción podálica.

Este es el segundo propósito del examen preanestésico: La valoración del riesgo anestésico quirúrgico.

Para ilustrar esta clasificación citemos dos ejemplos:

Riesgo 1 B E, sería una paciente joven en buenas condiciones generales, a la que se le va a practicar una resección cuneiforme de ovarios como cirugía preparada o electiva.

Riesgo 3 B E, corresponde a una paciente de 50 años con alteraciones de importancia por hipertensión arterial con repercusiones electrocardiográficas de hipertrofia ventricular, enfisematosa y a quien se va a practicar una Histerectomía abdominal por fibromatosis.

Todos los datos obtenidos en el examen se anotan en una Hoja de Registro anestésico, cuya forma es muy variable de acuerdo con cada institución hospitalaria y de acuerdo con las necesidades de la Anestesia por especialidades.

Estas anotaciones tienen un doble propósito:

- 1o. Recordar al anestesiólogo que practicó el examen, los datos importantes obtenidos en el preanestésico, e informar a otro anestesiólogo del servicio, las observaciones, recomendaciones y sugerencias para evitar los accidentes y las complicaciones por analgesia y/o anestesia. Lamentablemente no siempre es el anestesiólogo que practica el examen el encargado de conducir la anestesia, atendiendo a las necesidades lógicas de un servicio organizado que debe funcionar las 24 horas del día en un Hospital de Ginecología y Obstetricia. El sistema de organización del Servicio de Anestesia, debe realizar el examen preanestésico diariamente de acuerdo con un horario có-

modo, para que la paciente llene este requisito que más que obligatorio, debe ser efectuado con el pleno convencimiento de las ventajas que reporta.

La paciente obstétrica que no hace examen preanestésico, llega al Hospital a diversas horas del día o de la noche, con sus molestias dolorosas, nerviosa, probablemente con el estómago ocupado y con todas las características de una emergencia. En estas condiciones es muy difícil obtener datos valiosos por interrogatorio o de exploración, para detectar las contraindicaciones de un bloqueo regional o de las drogas sedantes e hipnóticas. Muchas veces el médico tratante que "conoce" a su paciente llega en pleno periodo de expulsión o no llega, y el anesthesiólogo atropelladamente tiene que hacer la labor de un técnico con grave riesgo de cometer errores y provocar el accidente. No es raro que el obstetra por teléfono al médico residente o a la enfermera, le ordene que se le aplique la sedación o un bloqueo, sin recordar, si acaso lo sabe, algún particular antecedente en su paciente. En cambio la paciente que sí se sometió al examen preanestésico, cuando llega al hospital sale su expediente con la Hoja de Registro anestésico y las anotaciones pertinentes. Se le comunica al obstetra y de común acuerdo se administra la técnica adecuada a las condiciones de la madre, el estado del producto y las características del parto de acuerdo con el periodo evolutivo del mismo. Sólo de este modo se pueden prevenir los accidentes y las complicaciones en la madre y en

el recién nacido. Hemos reportado dos accidentes fatales hace algunos años por errores y omisiones en el preanestésico, con los que voy a ilustrar estos conceptos.

El primer caso fue el de una paciente cardiópata, que aún cuando fue previamente estudiada y se mandó al expediente la nota de: "no emplear taquicardizantes durante el trabajo de parto", al llegar al hospital se le indicó una sedación por teléfono que fue lo suficientemente capaz de provocar el paro cardiaco en la sala de partos. El segundo caso fue el de una paciente que hizo un paro cardiaco irreversible con bloqueo peridural, que no hizo examen preanestésico y el hallazgo de autopsia reveló una importante estenosis mitral.⁴

2o. El otro aspecto importante de hacer anotaciones en la Hoja de Registro, es poder utilizar tal documento para la computación y estadística.

c) *Conocer la terapéutica empleada.*

Con cierta frecuencia nos encontramos en el examen preanestésico, con que tanto la paciente ginecológica como la obstétrica, y con mayor razón la paciente de riesgo alto, están recibiendo días antes de la operación, uno o más medicamentos que el anesthesiólogo debe conocer para evitar los problemas provocados por el efecto o la falta de ciertas drogas durante la anestesia. Hay medicamentos que deben suspenderse varios días antes de la operación, como los derivados de la rawolfia y la

reserpina administrados a las pacientes hipertensas. Estos agentes depletan las catecolaminas y el tono simpático puede abatirse considerablemente durante la anestesia, provocando hipotensión arterial severa y de difícil respuesta a tratamientos habituales. De un modo semejante aunque por diferente mecanismo, pueden actuar los bloqueadores beta adrenérgicos que reciben como tratamiento de base algunas pacientes nerviosas o con ciertos problemas de insuficiencia coronaria crónica.

Otros medicamentos por el contrario no deben suspenderse, sino aumentar su dosificación la víspera, durante la anestesia y en el postoperatorio inmediato. Un ejemplo de estos medicamentos son los corticoesteroides que frecuentemente reciben las pacientes ginecológicas de edad avanzada como tratamiento de su reumatismo o de algunos síndromes que reclaman dicho tratamiento médico.

Los útero-inhibidores como la oxisuprina, provocan hipotensión arterial y condicionan hipotensión severa con algunas técnicas de anestesia cuando se aplican desconociendo este tratamiento. La paciente que toma estimulantes del S.N.C. controlando el apetito como las anfetaminas, pueden presentar un efecto de suma con la toxicidad de los agentes anestésicos de tipo anilide.

Los antibióticos endovenosos empleados en el pre y en el post-operatorio inmediato, tienen efectos de bloqueo ganglionar que acentúan la depresión respiratoria causada por los narcóticos,

anestésicos y relajantes musculares⁵.

Estos no son sino algunos ejemplos de los grandes problemas que pueden presentarse al técnico anestesista que conoce a la paciente en la misma sala de operaciones.

Por el contrario, el médico anestesiólogo que recibe a la paciente que va a tener a su cuidado, varios días antes de la operación en una consulta especialmente dedicada a ello, cuenta con el tiempo suficiente para suspender medicamentos por sus inconvenientes, sugerir otros complementarios, así como dictar algunas medidas adecuadas para poner las funciones orgánicas en las mejores condiciones preoperatorias. Una vez determinado el estado físico y hecha la valoración del riesgo anestésico quirúrgico, el siguiente punto es:

d) *La selección de la anestesia.*

Esta es una de las razones fundamentales del examen preanestésico.

Es precisamente en donde se manifiesta toda la experiencia del médico anestesiólogo, los conocimientos y el arte más fino para no causar daño.

Nada es tan peligroso como el empleo sistemático de un mismo procedimiento de analgesia o anestesia. Por el contrario... Nada es tan conveniente en este campo como la juiciosa selección de un método ordenado, que relacione la fisiopatología de la enferma con la farmacodinamia de los agentes anestésicos. Que escoja la mejor técnica y el mejor agente para ese caso

en particular. Que tome en cuenta los antecedentes anestésicos, para no incurrir en un mismo error y provocar molestias innecesarias en el postoperatorio. Que sabiendo el metabolismo de los anestésicos y el estado de los emunitorios, evite al máximo la toxicidad sistémica que frecuentemente es causa de accidentes graves. La selección del procedimiento anestésico adecuado sólo puede lograrse con una valoración preanestésica completa y es el resultado del esfuerzo del anestesiólogo en un constante afán de superación, para hacer de los procedimientos de analgesia y anestesia un medio que lejos de ocasionar problemas, ayude a resolverlos.

e) *La Medicación Preanestésica.*

Antes de toda operación, es necesario administrar determinados medicamentos que son muy útiles para tranquilizar sin deprimir, así como evitar o corregir ciertos disturbios funcionales de la paciente que pueden modificar la conducción de la anestesia, entorpecer la labor del cirujano y acarrear complicaciones en el postoperatorio inmediato.

La medicación preanestésica tiene por objeto:

1o. Inhibir el estado psíquico exaltado.

Por razón natural, la gran mayoría de los enfermos que van a someterse a una operación tienen miedo. Miedo causado por la incertidumbre del pronóstico postoperatorio, miedo a no re-

cobrar la conciencia, a los accidentes y a las complicaciones; tienen miedo por una serie de circunstancias que la mente exaltada elucubra en mil posibilidades que se confunden en un horizonte de terror involuntario y se acentúa la víspera de la operación, favorecido todo ello por el silencio de la noche y la vigilia del enfermo acompañado únicamente de todos sus problemas personales.

Se hace indispensable y de acuerdo con la magnitud del temperamento psíquico del enfermo, frenar la actividad cortical e hipotalámica por medios farmacológicos, ya sea la víspera de la operación o varios días antes de la misma.

El primer ingrediente de la medicación pre-anestésica debe ser un potente tranquilizante como los derivados de la benzodiacepina y el droperidol, o bien un hipnótico que frene la actividad cortical. Este hipnótico puede ser un barbitúrico de acción lenta (secobarbital, fenobarbital), o no barbitúrico como el hidrato de cloral (Noctec®), la prometazina (Fenergan®), etc. No debe olvidarse sin embargo, que ninguna droga puede tener el efecto que se logra en el estado psíquico del paciente, que la confianza que el médico logre proporcionarle.

No debe olvidarse también que cada droga a la vez que proporciona un efecto determinado sobre uno de los aparatos o sistemas, también causa efectos en otros que pueden ser indeseables, dependiendo de la dosificación o de la combinación de otros agentes medicamentosos.

2o. Disminuir el metabolismo basal.

En todos los pacientes quirúrgicos existen factores que elevan el metabolismo de base que ocasiona a la vez, un aumento en la reflectividad, en el consumo de oxígeno tisular y en la dosificación del o de los agentes anestésicos.

El metabolismo varía con la edad de los pacientes. En el recién nacido es muy bajo, va aumentando hasta la pubertad en que alcanza el mayor grado y a partir de entonces decrece en forma progresiva hasta la vejez, en que las cifras metabólicas son semejantes a las del niño. El estado psíquico exaltado también es causa de una elevación metabólica.

El trabajo muscular es otro factor de importancia por lo que conviene internar al enfermo desde la víspera para mantenerlo en reposo.

La fiebre y el dolor que están presentes generalmente en los pacientes quirúrgicos con cuadros agudos, elevan considerablemente el metabolismo.

Las modificaciones endócrinas tales como la menstruación, la gestación en el primer y tercer trimestre y los problemas tiroideos son otras tantas causas de modificaciones en el metabolismo basal.

Frecuentemente concurren en un mismo paciente varios de estos factores, por lo que es importante conocerlos y también controlarlos con agentes farmacológicos que modifican el metabolismo directa o indirectamente y que preparan adecuadamente al pa-

ciente para la inducción de la anestesia.

Las drogas sedantes y los narcóticos son los indicados para este fin. Antiguamente se usaban los derivados del opio como la morfina; actualmente contamos con substitutos de la morfina, potentes analgésicos y neurolépticos que tienen las mismas ventajas sin los inconvenientes de aquellas drogas. La meperidina y el fentanyl son productos sintéticos que usados adecuadamente en la medicación preanestésica ofrecen grandes ventajas actualmente.

3o. Disminuir las secreciones broncopulmonares.

Los anestésicos por inhalación, así como los recursos para la ventilación pulmonar con presión positiva intermitente, irritan la mucosa respiratoria y es causa de producción de secreciones que pueden representar un obstáculo para el libre juego respiratorio y la difusión de los gases normales en la sangre.

Es importante por lo tanto frenar la actividad vagal con un parasimpático lítico, siempre que no haya contraindicaciones para su uso y con una dosificación tal que no repercuta en el gasto cardiaco. El aminóxido de atropina y el bromhidrato de escopolamina confieren tal efecto.

Al mismo tiempo con estos medicamentos se disminuye la actividad refleja neurovegetativa que es causa de respuestas fisiológicas importantes que pueden conducir hasta el paro cardia-

co. También por la acción amnésica de la escopolamina, se logra evitar recuerdos inconvenientes de situaciones molestas para el paciente.

4o. Hacer profilaxis de los efectos tóxicos de los anestésicos.

Vamos a ilustrar este punto con un ejemplo:

Los anestésicos locales cuando alcanzan determinada concentración en la sangre, dependiendo del metabolismo de cada droga, de las condiciones enzimáticas del hígado y de la vascularidad de la región operatoria en que se apliquen, manifiestan su toxicidad sobre el sistema nervioso central principalmente con fenómenos de excitación (escalofrío, temblores y convulsiones). Los barbitúricos son frenadores por excelencia de la excitación del S.N.C., de tal modo que cuando se administra un barbitúrico antes de aplicar la anestesia regional y como medicación previa (barbitúrico oral de acción lenta), estamos haciendo profilaxis de los efectos tóxicos de los anestésicos y las manifestaciones clínicas si se presentan, son de menos intensidad y más fácilmente responderán al tratamiento.

5o. Potencializar a los agentes anestésicos.

Las drogas usadas en la medicación preanestésica, reforan la acción de los anestésicos empleados por lo que se reduce el consumo de los mismos y por lo tanto la toxicidad para los

emuntorios es menor. Ahora bien, así como la falta de medicación preanestésica trae consecuencias desagradables, el exceso de la misma no sólo provoca estados de inconciencia inconvenientes, sino que compromete seriamente la administración de la anestesia y puede ser causa de accidentes importantes causados por la depresión respiratoria y la hipotensión arterial. Por estas razones, la medicación preanestésica no debe ser en forma rutinaria, sino individualizada y en forma precisa de acuerdo con la constitución física y el peso del paciente, los factores metabólicos que hemos señalado y conociendo perfectamente los efectos farmacodinámicos de las drogas empleadas. Esta prescripción sólo debe hacerla el anestesiólogo, que familiarizado con infinidad de casos, ha adquirido un fino sentido y experiencia para indicar la dosis conveniente y las drogas necesarias en cada caso en particular. Otro aspecto de fundamental importancia es la hora en que debe administrarse esta medicación, pues el efecto máximo se alcanza aproximadamente una hora después de su aplicación intramuscular, que es la vía más conveniente para su gradual absorción. Ordinariamente se recomienda su aplicación una hora antes de la operación y de ahí una de las razones de que ésta empiece puntualmente, pues si hay un retraso considerable, las drogas se están eliminando y de nada ha servido su indicación cuidadosa. Es esencial que el cirujano conozca estos problemas para que dejando al mar-

gen intereses personales, colabore armónicamente con el anestesiólogo por el bien y la seguridad del enfermo.

f) *Preparación psicológica.*

La preparación psicológica como ustedes saben es parte integral de la medicina moderna y debe iniciarse desde las primeras consultas. El Gineco Obstetra debe orientar a su paciente sobre los aspectos fisiológicos concomitantes con su enfermedad actual o con el embarazo, debe informarle de la utilidad en uno u otro caso de los procedimientos de analgesia y anestesia, de su comportamiento antes y después de la operación o durante el trabajo de parto y debe preocuparse de tantas y tantas circunstancias afectivas que pueden controlarse durante las diferentes visitas. Con la preparación psicológica se evitan los problemas causados por la angustia, el miedo y los problemas psicosexuales tan frecuentes en la mujer embarazada y particularmente en la mujer mexicana. Independientemente del trauma psicológico que puede provocarse a una mujer inadaptada psicológicamente, es muy interesante conocer las respuestas fisiológicas que se provocan como consecuencia de los estímulos simpáticos y de la liberación de catecolaminas que alteran la contractilidad uterina, la función cardiovascular, metabolismo, etc., y que pueden ser causa de accidentes importantes en relación con la anestesia. La paciente ginecológica de alto riesgo amerita una serie de cuidados psicológicos, aten-

diendo a la labilidad de su sistema cardiovascular y para evitar las respuestas fisiológicas bruscas que pueden conducir al accidente.

Hemos señalado en otro artículo⁶, la necesidad y la gran importancia de que los médicos que intervienen en la atención de la paciente logren su confianza. "Si el anestesiólogo conoce a la paciente hasta el momento en que se interna, ya sea para un procedimiento quirúrgico u obstétrico, no tiene mucho tiempo para hacer una buena labor preanestésica, pero sí debe tener mucho modo para lograr en pocos minutos un impacto psicológico y una confianza especial de la paciente al médico. A cambio de seguir sus indicaciones fielmente, debe ofrecer a la paciente alivio de sus molestias y sus temores y seguridad en los resultados de sus procedimientos anestésicos. El Anestesiólogo debe ser gentil en su trato, debe presentarse correctamente, hablarle en buenos términos, identificarse como médico, hacer una labor profesional y humana a la vez, una labor con cariño. Debe reconocer en la mujer y en la mujer embarazada con mayor razón, a un ser que merece todo respeto, todos los cuidados y toda la atención a su más alta dignidad."

"Si el aspecto psicológico de la paciente es importante para cualquier procedimiento de anestesia en términos generales, con mayor razón cuando la indicación propuesta es un bloqueo de conducción. La anestesia regional no es para que la aplique un técnico ni un improvisado, mucho me-

nos un gruñón o un mal educado. Si en algún momento el anestesiólogo debe demostrar su condición eminentemente médica y no técnica, es precisamente en su identificación psicológica con el enfermo. Es de tal modo importante el cuidado psicológico para este tipo de anestesia, que en numerosos casos cuando no se le presta la debida atención, no se obtiene el éxito deseado. Tenemos plena conciencia de haber hecho una buena selección de la anestesia en tal o cual caso, tenemos evidencia de que la técnica de un bloqueo peridural por ejemplo, ha sido hábil y limpiamente ejecutado, de que hemos escogido un agente anestésico de calidad y excelentes propiedades, el cual hemos dosificado adecuadamente. Sin embargo, cuando el cirujano estimula el periné la paciente se queja. ¿Qué es lo que ocurre? PUE hay una respuesta cortical exagerada. Que no se ha motivado suficientemente a la paciente para que tenga confianza en el médico que ejecutó el procedimiento y para que no envuelva en la esfera dolorosa toda sensación percibida. Por otra parte, la ansiedad, el nerviosismo o la inseguridad por parte del anestesiólogo, puede inducir ansiedad en la paciente. Es importante saber cómo el mismo médico es capaz de provocar y acentuar las reacciones emocionales de la enferma por la conducta, la manera de expresarse, los ademanes y los comentarios en la sala. Algunas veces el médico enfadado usa palabras que pueden acentuar la angustia. El médico que ejecuta un procedimiento

de anestesia regional debe ser gentil, sosegado y nunca malhumorado; debe tener una especial disposición para dar tranquilidad y confianza, así como para saber mantener una atmósfera de laxitud en el quirófano. Muchas veces por la tensión nerviosa propia de este trabajo o de los problemas personales, nos desesperamos ante una paciente inquieta, y consideramos como recurso más fácil echar mano de un hipnótico. A veces inhibimos satisfactoriamente su conciencia, pero en otras exaltamos sus reacciones hipotalámicas que desorientan o excitan, echando a perder el procedimiento y teniendo que recurrir a la anestesia general en condiciones poco satisfactorias. En mi concepto el anestesiólogo al cambiarse de ropa a su entrada al quirófano, debería despojarse también de sus problemas personales, de sus preocupaciones o de sus molestias físicas."

Para terminar quisiera mencionar una frase que ojalá sirva de corolario a esta plática, para que el Gineco Obstetra no omita en sus pacientes la valoración preanestésica tanto en Ginecología como en Obstetricia:

"El enfermo siempre agradece la tranquilidad que le proporciona un buen estudio de su organismo....
Y el cirujano adquiere la reputación de un sistemático por hacer bien las cosas."

RESUMEN

La valoración preanestésica es uno de los requisitos más importantes para ofrecer la mayor seguridad a la paciente Gineco obstétrica, durante cualesquier procedimiento de analgesia y anestesia.

Debe efectuarse con la debida anticipación y en una consulta especialmente dedicada a este propósito. En este examen se conoce el estado físico funcional con especial atención a la función cardiorrespiratoria. Se define el Riesgo Anestésico-Quirúrgico, se toman las precauciones para evitar los problemas anestésicos por incompatibilidad con los medicamentos administrados, así como también se conocen los antecedentes anestésicos para no repetir errores.

De esta correcta valoración, se infiere la selección de la anestesia, capítulo donde se manifiesta toda la experiencia del médico anestesiólogo para no causar daño.

Se mencionan las diferentes razones por las que es indispensable administrar antes de la operación, una medicación que calme sin deprimir y que a la vez, disminuye el metabolismo basal, inhiba las secreciones broncopulmonares, potencialice los agentes anestésicos, etc.

La preparación psicológica es por último, uno de los aspectos más útiles para dar tranquilidad y confianza a la paciente, quien siempre agradece el cuidadoso estudio de su organismo y la previene de las reacciones funcionales por un piquismo exaltado.

BIBLIOGRAFIA

1. Sandoval Camacho A.: Arritmias Cardiacas. Sesión Conjunta, Sociedad Mexicana de Anestesiología y Sociedad Mexicana de Cardiología. Rev. Mex. Anest. (En Prensa).
2. Dripps R.D., Eckenhoff J.C., Duandam L.: Teoría y Práctica de la Anestesia. Estado Físico del paciente y su relación con el pronóstico. Editorial Interamericana. Tercera Edición. Pág. 14, 1968.
3. Pérez Tamayo L., Zetina G.F.: Valoración del Riesgo Anestésico Quirúrgico en Gineco Obstetricia. Rev. Mex. Anest. 15, 149, 1966.
4. Vasconcelos Palacios G., Gaytán Partida D., De la Garza J. y Karchmer S.: Mortalidad Materna por Anestesia. Rev. Mex. Anest. Vol. 23, 105, 1974.
5. Vasconcelos Palacios G.: Cuidado con los antibióticos en Anestesia. Rev. Mex. Anest. 17-95, 1968.
6. Vasconcelos Palacios G.: Preparación psicológica de la paciente obstétrica para los procedimientos de anestesia regional. Ginecología y Obstetricia de México, 32, 329, 1972.