

EVALUACION SISTEMATICA DE LAS REACCIONES PSIQUICAS EN ANESTESIOLOGIA

*La mejor droga sigue
siendo la llamada doctor.*

*DR. JOSÉ LUIS SALINAS FERNÁNDEZ

**DR. RAMÓN DE LILLE FUENTES

RESUMEN

Se describe el diseño de un marco de referencia conceptual que permita sistematizar las reacciones psíquico-físicas que se observan en los pacientes candidatos a cirugía después del efecto que puedan causarle la entrevista o los fármacos usados o ambos en el periodo preanestésico. Se consideran las manifestaciones psíquicas primarias (conciencia, afectos, pensamiento, conducta) explicando el valor que tienen y su relación con las reacciones del sistema nervioso autónomo. Se comenta su utilidad, especialmente después de comparar algunas evaluaciones anteriores que resultan ser muy simples o muy complicadas.

SUMMARY

We describe the design of a conceptual reference frame that permits sistematization of psycho-physiologic responses observed in surgical patients after the possible effects of the preanesthetic visit and/or medicaments used. We take into account the primary psychic responses (conscious, affects, thought, conduct) explaining their significance and relationship with the autonomic nervous system responses. Finally we discuss on their use, specially after comparison with other evaluations that proof to be to simple or to complex.

ES un hecho bien conocido la aptitud que tiene el anestesiólogo para captar las reacciones psicológicas en el breve lapso que ocupa la entrevista preanestésica; sin embargo, la evaluación ocupa un todo absoluto y resulta di-

fícil diferenciar, por su característica peculiar, una de otra reacción psíquica, siempre manifiesta en el paciente quirúrgico.

Ante todo, debemos mencionar que los pacientes tienen reacciones diferentes según

*Psiquiatra del Servicio de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Tlalpan, México, D.F.

**Anestesiólogo del Servicio de Medicina Crítica del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Tlalpan, México, D.F.

exista una relación anestesiólogo-paciente o una relación institución-paciente. Estamos de acuerdo que en muchos casos la relación transferencial (proceso mediante el cual, el paciente transporta inconscientemente e inadecuadamente a otros individuos, en nuestro caso al médico anestesiólogo y en general al equipo quirúrgico, los patrones de conducta y de reacciones emocionales que tuvieron su origen en personas significativas en su niñez. En el acto anestésico-quirúrgico la función de médico de "progenitor sustituto" facilita este traspaso hacia él. Las reacciones reales y adecuadas del paciente para con el médico no son de transferencia y constituyen lo que conocemos como la alianza terapéutica, es decir, la actitud realista, de cooperación y confianza (reacción no regresiva) que el paciente establece en aras de su propia recuperación) es con la Institución y no con un anestesiólogo en particular, lo que implica un tratamiento técnico específico durante la evaluación, diferente por sí mismo al que aparece cuando el mismo médico es entrevistador y tratante.

La situación quirúrgica plantea por definición un estado regresivo de la personalidad, el cual frecuentemente se ignora, limitándose el médico a considerar exclusivamente como obligatorios los aspectos de asistencia farmacológica (anestésicos, atarácicos, analgésicos) y mecánico-fisiológicos (ventilación, frecuencia cardíaca, tensión arterial, etc.).

Sin embargo, el paciente en su estado regresivo experimenta sentimientos de soledad y abandono muy importantes, experiencias preñadas de temor; por lo cual aparece la necesidad de que el paciente se sienta acompañado antes, durante y después de la anestesia-cirugía.² Por tanto, el anestesiólogo (así como otros miembros del equipo quirúrgico) debe adoptar la actitud de receptor continente de todos los fenómenos psíquicos propiciados por el estado regresivo (ansiedad, fantasías catastróficas, etc.); no es exagerado decir que esto implica una clara analogía con la necesidad de un adecuado funcionamiento del binomio madre-niño = médico-paciente, pues por definición implica un estar inerte y sólo ante el riesgo de perder la vida, situación traumática que provoca la pérdida de muchos de los recursos obtenidos en el decurso de su madurez y los deposita en los médicos que lo asisten.

El objetivo fundamental de este trabajo consiste en mostrar el diseño de un marco de referencia conceptual que permita sistematizar las reacciones del paciente ante el trauma quirúrgico-anestésico por sí mismo y las modificaciones que se observen durante la entrevista o

los efectos de los fármacos utilizados en la medicación preanestésica, o ambos.

Disponer de un instrumento de mayor precisión en la evaluación de todos los aspectos del paciente, desde el momento en que se le conoce (primera entrevista), hasta el preoperatorio inmediato y el postoperatorio inmediato y tardío, nos hará tener un concepto claro de la evolución de nuestra actuación y la reacción global del paciente ante este tipo de *stress*.

Nuestro modelo se basa en cuatro manifestaciones psíquicas primarias, fundamentales para el ser humano y mucho más aparentes durante el estado regresivo condicionado por la pérdida de la salud³ (cuadro I).

CUADRO I. MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS PRIMARIAS PARA EVALUACIÓN ANESTESIOLÓGICA

Conciencia	Sedación
Afectos	Ansiedad
Pensamiento	Fantasías catastróficas
Conducta	Excitación psicomotriz

ANÁLISIS DE CADA MANIFESTACIÓN

1. Conciencia.

Funciones intelectuales superiores.

Claridad de la conciencia.

Pueden ser observados importantes defectos de la concentración durante el curso de la entrevista (nos permite valorar la sedación). Sin embargo, una prueba específica puede ser la de solicitar al paciente que reste de 7 en 7 a partir del número 100. Esta sencilla prueba nos dará información de su estado de conciencia y nos será de mucha utilidad. Si el paciente comete un error, debe de valorarse si se percata de ello o no y si es así, el tiempo que tarda en la corrección. Dado que el paciente puede automatizar la sustracción, se le pide en la siguiente ocasión, que inicie a partir del número 99 ó 102 Por ejemplo. Decimos esto porque consideramos que el anestesiólogo seguirá y valorará a su paciente antes, durante y después del procedimiento anestésico.

Atención.

Por atención entendemos la capacidad del paciente para atender y dirigir su conciencia a la parte específica del campo de estímulo, en el caso que nos ocupa, el entrevistador.

Orientación.

Mucho puede ser observado acerca de la orientación del paciente simplemente atendiendo a su discurso espontáneo durante la en-

trevista. La orientación la valoramos en cuanto a persona (concepto de la propia identidad), tiempo y espacio.

Juicio.

Por juicio entendemos la habilidad del paciente de usar plenamente sus recursos de inteligencia en resolver constructiva y adaptativamente los problemas que está enfrentando. En nuestro caso el enfrentar el procedimiento quirúrgico.

Todas estas funciones estarán alteradas en mayor o menor grado mediante los fármacos que producen sedación, por lo que la valoración previa a su administración será un índice más para cuantificar su efecto en ese paciente en particular.

Estas funciones intelectuales superiores encuentran su substrato anatómico-funcional en la neocorteza. Las modificaciones a las mismas serán denotadas como reacción a la sedación, cuya graduación será: excesiva, buena, regular o ausente (cuadro II).

CUADRO II. ESQUEMA ACTUALMENTE EN USO PARA EVALUAR LAS REACCIONES PSIQUICAS QUE SE TIENEN EN LOS PACIENTES AL LLEGAR AL QUIROFANO

Medicación preanestésica Vía Hora:	Reacciones psíquicas				
	Sedación	Exc	B	Reg	No
1	Ansiedad	Exc	Reg	Min	No
	Fant. catástrof.	Exc	Reg	Min	No
2	Excit. psicomot.	Exc	Reg	Min	No
	Boca seca			SI	No
3	Taquicardia			SI	No
	Hipotensión			SI	No
4	Hipertensión			SI	No

2. Afectos.

Ansiedad.

Los afectos son las funciones psíquicas que conocemos comunmente con el término de emociones y cuya comprensión (valoración del estado anímico), decodificación y traducción al paciente, será una de las bases de la buena relación médico-paciente; por ejemplo, detectar su ansiedad extrema y recurrir a los procedimientos verbales (psicoterapia) o a farmacológicos (farmacoterapia) para disminuir la ansiedad a niveles realistas ante la magnitud traumática del acto anestésico quirúrgico.⁴ Aquí se incluyen las reacciones del sistema nervioso autónomo, cuyas manifestaciones fisiológicas dependerán tanto de la personalidad del paciente como del sistema predominante, simpático o parasimpático. La intensidad de estas reacciones podrá evaluarse como: ansiedad excesiva, regular, mínima o ausente (cuadro II).

3. Pensamiento

Fantasías catastróficas.

Estas nos permiten valorar la cuantía del estado regresivo; desde los pensamientos de preocupación normal pasando por las fantasías catastróficas propiamente dichas, (ideas de daño, muerte, etc. con gran carga afectiva) hasta las producciones casi delirantes reveladoras de pánico. El nombre genérico de estos aspectos ideativos será el de fantasía catastrófica, cuya evaluación va de: excesivas, regulares, mínimas o ausentes (cuadro II).

4. Conducta

Excitación psicomotriz.

La conducta y los efectos están íntimamente relacionados; de hecho la distinción de todas las manifestaciones psicológicas enunciadas, se hace con propósitos prácticos o didácticos, ya que el modo natural de expresión de los afectos es vía conducta verbal, la conducta preverbal o postural o de las vías vegetativas.

En este trabajo nos referimos con el nombre genérico de excitación psicomotriz a las manifestaciones conductuales que revelan un afecto de intensa ansiedad; la excitación psicomotriz propiamente dicha, con motilidad exagerada de todo el aparato locomotor, o manifestaciones menores, un moderado temblor de manos, por ejemplo.

5. Reacciones del sistema nervioso autónomo.

Como se mencionó, afecto y conducta están íntimamente relacionados. Nos referiremos específicamente a las manifestaciones clínicas preverbiales del sistema nervioso autónomo (SNA); esto es: el paciente puede decir que está tranquilo, pero nosotros observamos hiperhidrosis palmar y sequedad de boca, taquicardia e hipertensión; por tanto, pondremos este "lenguaje de los órganos" (no verbal) como la obvia manifestación de ansiedad.

Algunos fármacos usados en anestesia modifican, enmascaran o actúan en sinergia con el registro psicológico, el significado y las manifestaciones del paciente ante el evento médico-quirúrgico. En nuestro esquema se incluyen el registro de estas reacciones, independientemente de que se hayan usado o no este tipo de fármacos (cuadro II). Resulta evidente que el conocimiento de su uso previo en ese paciente, no será sino una variable más a considerar en el momento de integrar la evaluación.

COMENTARIOS

El anestesiólogo requiere un instrumento sencillo, pero completo, para evaluar a sus pacientes, que le ayude a precisar mejor sus observaciones en el difícil terreno de las reac-

ciones psíquicas y que le permita evaluar antes, durante y después del acto quirúrgico-anestésico este tipo de reacciones.

La mayoría de registros de anestesia presenta un espacio suficientemente amplio,^{5 a 8} aunque sin especificar los tipos de reacciones psíquicas y fisiológicas que tiene el paciente por el efecto o no, de los fármacos administrados antes de la operación. Adolecen del defecto de ser simplistas y superficiales (cuadro III), por lo que, aunque inducen al anestesiólogo hacia el análisis de un gran número de variables, su sistematización y coherencia interna son deficientes.

CUADRO III. ESQUEMA DE USO ANTERIOR PARA CALIFICAR EL EFECTO DE LA MEDICACION PREANESTESICA O DE LAS REACCIONES PSIQUICAS ANTES DE LA OPERACION

Medicación preanestésica	Vía	Hora:	Efecto
1			
2			
3			
4			

Por otra parte están las evaluaciones puristas, que con un sinúmero agobiante de características deberán ser minuciosamente apunta-

das, siendo sólo prácticas y necesarias en estudios de investigación exhaustiva dentro de un modelo experimental.⁹

Es importante observar que consideramos a la angustia (ansiedad), como una reacción o señal normal del aparato psíquico; por tanto, hablamos de ansiedad a niveles realistas, ésta es, siempre existirá; su falta manifiesta debe considerarse patológica y es característica de reacciones defensivas primitivas y extremas, tipo la negación de la realidad, de por sí, amenazante.

En síntesis, proponemos considerar las variables psicológicas que existen siempre en el paciente, pues hasta ahora, aunque todos aceptamos su existencia, hemos carecido de un instrumento sistematizador que facilite su evaluación, pues el tratamiento y la evolución, inclusive el procedimiento quirúrgico y sus resultados, estarán íntimamente relacionados con la detección y solución correcta de estos datos. Sin olvidar que no sólo la evolución más o menos mediata, sino el bienestar antes, durante y después de la operación del paciente, será mayor al percatarse de que su médico anestesiólogo es una persona capaz de brindarle un cuidado clínico completo.

REFERENCIAS

1. MARCK KNON, R.; MICHELS, R.: *Psiquiatría Clínica Aplicada*. Ed. Interamericana. México, 1973. Pág. 113.
2. FREUD, S.: *Inhibición: síntoma y angustia*. En Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. Pág. 83.
3. EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, CH.: *Tratado de Psiquiatría*. Torey Masson. Barcelona. 1969. Pág. 577.
4. LEIGH, J.M.; WALKER, J.; JANAGANATHAN, P.: *Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety*. Brith. J. Med. 2:987, 1977.
5. DRIPPS, R.D.; ECKENHOFF, J.E.; VANDAM, L.D.: *Teoría y práctica de la anestesia*. Tercera Ed. Edit. Interamericana, S.A. México, 1968. Pág. 263.
6. COLLINS, V.J.: *Anestesiología*. Primera Ed. Edit. Interamericana, S.A. México, 1968. Pág. 21.
7. GIAN, H.: *Charting and the anesthetic record*. En Introduction to the Practice of Anesthesia. Ed. by Lichtiger M. and Moya F. Harper & Row Publishers. Hagerstown, Maryland. 1974. Pág. 103.
8. LÓPEZ ALONSO, G.: *Fundamentos de Anestesiología*. Segunda Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1976. Pág. 71.
9. RAMÍREZ ACOSTA, J.A.; ROMO SALAS, F.: *Study of dose-related efficacy of lorazepam as preanesthetic medication*. Rev. Invest. Clin. 29:289, 1977.