

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



**CENTRO MEDICO DEL NORESTE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25
I. M. S. S.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
"VENTAJAS DEL DEHIDROBENZOPERIDOL
SOBRE EL DIAZEPAM COMO
MEDICACION PREANESTESICA"**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGIA**

**PRESENTA EL
DR. LUIS FERNANDO GARCIA GONZALEZ
ASESOR DE TESIS:
DR. ALEJANDRO PEREYRA MARTINEZ**

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1983

TM

Z665

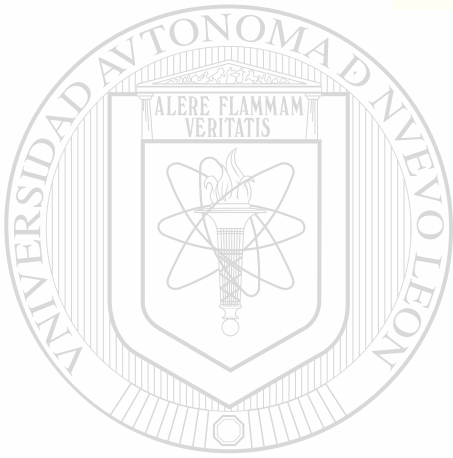
FM

198

G3



1020126740



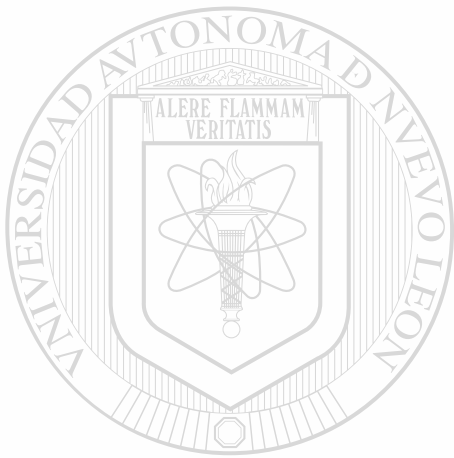
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PARCERIA No 25
C.M.N.E.- I.M.S.S. MONTERREY, N. L.
DR. MANUEL DE LAHCA MERE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA



CENTRO MEDICO DEL NOROESTE

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25

I. M. S. S.

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
VENTAJAS DEL DEHIDROELECTROLITICO
SOBRE EL DIAZEPAM COMO
MEDICACION PREANESTESICA

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ANESTESIOLOGIA

PRESENTA EN

DR. LUIS FERNANDO GARCÍA GONZÁLEZ

ASESOR DE TESIS

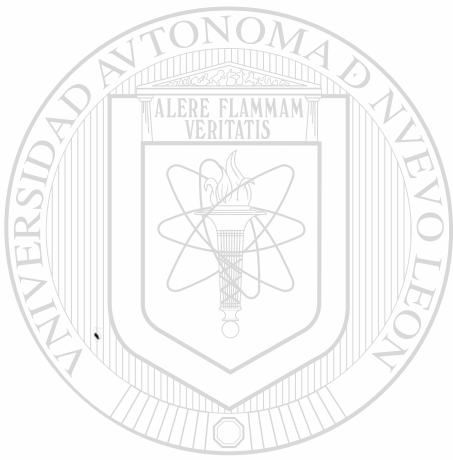
DR. ALEJANDRO PEREYRA MARTÍNEZ

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1980

TM
26658
FM
1983
53

0132-84460



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO
TESIS

"VENTAJAS DEL DEHIDROBENZOPERIDOL SOBRE EL DIAZEPAM
COMO MEDICACION PARA ANESTESIA"

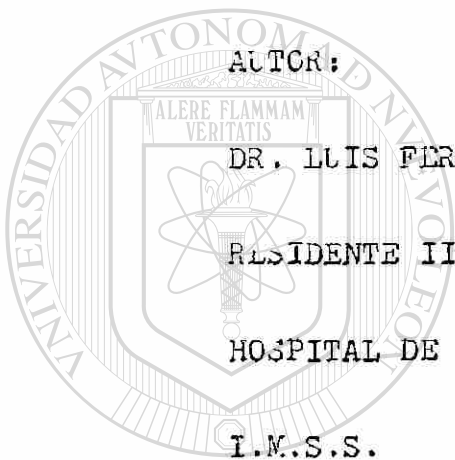
AUTOR:

DR. LUIS FERNANDO GARCIA GONZALEZ

RESIDENTE II DE ANESTESIOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25

I.M.S.S.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



CO. AUTOR:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DR. ALEJANDRO PEREYRA MARTINEZ

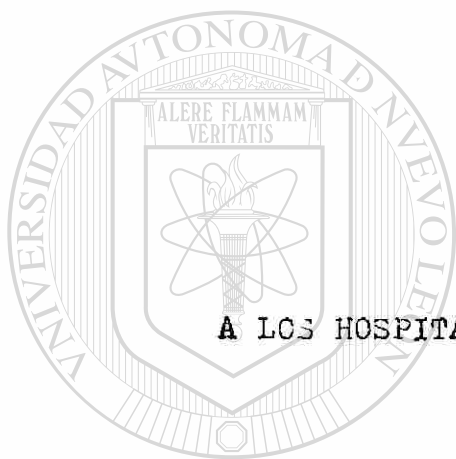
MEDICO DE BASE DEL DEPTO. DE ANESTESIOLOGIA

DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25

I.M.S.S.

A LOS MAESTROS

Por los conocimientos de ellos recibidos.



A LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES No. 25, 21 Y 23

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

AL I.M.S.S.

I N D I C E

PREFACIO -----	1
INTRODUCCION -----	2
FARMACOLOGIA -----	4
MATERIAL Y METODOS -----	15
RESULTADOS -----	17
CONCLUSIONES -----	27
COMENTARIO FINAL -----	28
BIBLIOGRAFIA -----	30

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

P R E F A C I O

El avance en la anestesiología en los últimos años, a girado hacia nuevos manejos que proporcionen mayor seguridad a los pacientes por un lado y por otro que sean de facil administración y manejo para el aneste
siólogo.

Así mismo en la medicina general la base de la salud es la medicina preventiva, en la anestesiología es vá
lido el postulado "ANESTESIOLOGIA PREVENTIVA". Y tra
tando de hacerla pensamos en este trabajo.

Espero que modifique un poco esta tendencia de administración masiva de farmacos y se haga uso del razonamiento de los mismos para beneficio de nuestros pacientes.

I N T R O D U C C I O N

Durante mi entrenamiento de anestesiología me dí cuenta de un problema que es universal. (En los hospitales donde se realizó mi entrenamiento.21,23,25).

Este es el de que a la gran mayoría de pacientes a operarse se medican con 10 miligramos de Diazepam y .5 miligramos de atropina, sin importar peso, edad, sexo, cirugía a realizarse o estado general del paciente.

Dejando mucho que desear en cuanto a que sea un agen

te de medicación bueno, ya que la mayoría de veces se

administra con error en la dosificación y siempre en tiempo, además de que de los fármacos mas dolorosos

cuando se administra intramuscularmente.

Con mucha frecuencia encuentre pacientes medicados con Diazepam y los cuales estaban intranquilos, taquicardicos, con sudoración en palmas de las manos, con mucu

sas húmedas y en un estado de tensión y con un aumento en el estado de vigilia.

En estos pacientes casi siempre usamos una dosis superior a la farmacológica en cuanto al agente inductor.

Haciendo un análisis de todos los factores que hacen posible un buen manejo anestésico, recordamos que una buena medicación preanestésica disminuye los fármacos de inducción, esto nos hace que de mantenimiento manejemos dosis menores o iguales a las terapéuticas, lo que nos reditúa en una mejor y más rápida emergencia.

Así pues nos pusimos a revisar bibliografías pensando en otro fármaco que nos diera un status preanestésico más adecuado en nuestros pacientes y disminuir la dosis de inducción.

Bibliográficamente el Dehidrobenzoperidol presenta muchas ventajas sobre el Diazepam en la medicación y fue la razón para realizar y comparar en este estudio estos dos medicamentos.

F A R M A C O L O G I A

Unos son derivados de la benzodiazepina (DIAZEPAM) y el otro de las butirofenonas (DEHIDROBENZOPERIDOL).

(10).

Las consideraciones relativas a la farmacodinamia y a la neurofisiología las hacen referencia los libros únicamente a dosis minimas efectivas, ya que entre mas aumentemos las dosis estas se esfuman. (2,4,10).

El efecto sedante de los neurolepticos es distinto

de los hipnóticos y estos provocan una leve depresión ventilatoria. (1,10,14).

Los primeros no ocasionan narcosis, a diferencia de los hipnóticos, además, no actúan, desisivamente sobre el centro respiratorio. (8,10,14).

Este efecto sedativo y no hipnótico se califico al principio de neuroleptico, luego se le llamo neuroleptico porque las funciones nerviosas centrales no se

paralizaban. (4,10). Era el "TÓXICO FUNDAMENTAL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL" que quedaba disminuido.(10). En la experimentación animal, esta propiedad se manifiesta en primer lugar como disminución de la motilidad espontánea y la actividad, así como a través de inhibición y supresión de agresiones, desaparición de temores y pérdida de los reflejos condicionados. A pesar de ausencia de acción hipnótica propia, los neurolépticos potencian la acción hipnosedativa del alcohol, los barbitúricos y los alcaloides del opio.(10-12, 14).

Los neurolépticos provocan estados catalepticos en diferentes animales de laboratorio. Los ratones se quedan rígidos sobre un enrejado vertical o agarrados de un bastón. Las ratas tampoco son capaces de retirar la pata cuando el experimentador se la coloca sobre una barra de madera. (8). El efecto cataleptico comprobado en la experimentación animal que en la especie humana adopta la forma de fenómenos concomi-

tantes extrapiramidales, se consideraba peculiar a los
neurolepticos clínicamente efectivos. (10,11).

Los neurolepticos tienen otras propiedades farmacoló-
gicas y son: Inhibe los reflejos condicionados, anti-

hemético, protector del miocardio como bloqueadores
alfa y atenúan la respuesta presora a la laringosco-
pia e intubación. (1,2,3,6,7,14).

Algunos neurolepticos favorecen tambien las convulsio-
nes, toda vez que rebajan el umbral de convulsión res-

pecto del choque con (CARDIAZOL) o bien electrico.

Desde el punto de vista neurovegetativo, los neurolep-
ticos se caracterizan en primer lugar por su pronun-
ciada acción adrenolítica, que se manifiesta en los
experimentos de farmacología como antagonismo con res-
pecto a la adrenalina, el cual se puede apreciar mi-
diendo la presión sanguínea y tambien a nivel de cier-

tos organos (por ejemplo, en la membrana nictitante del gato) (8).

La diferencia farmacológica que separa los tranquilizantes de los neurolepticos no es solo de tipo cuan-

titativo. Los tranquilizantes presentan ademas modos de acción cualitativamente diversos. Como los neurolepticos, proporcionan sedación que nunca se acompaña de narcosis. En cambio, no surten acción cataleptica ni ninguna otra de indole extrapiramidal, careciendo

asi mismo de efecto directo sobre las funciones neurovegetativas. (10,11). Comparten con los inhibido--

res selectivos de la transmisión interneuronal a los miorrelejantes la propiedad de bloquear los reflejos polisinápticos medulares produciendo flacidez muscular y ataxia. (1,10,11).

A dosis elevadas, tambien los tranquilizantes inhiben

los reflejos condicionados. Pero en este terreno se distinguen de los neurolépticos porque el intervalo entre la dosis que inhibe el reflejo condicionado y la dosis que reprime el reflejo no condicionado es generalmente mucho mayor entre los tranquilizantes que entre los neurolépticos. (14).

La mayor parte de los tranquilizantes tienen, además, una marcada acción anticonvulsivante, que se aprovecha incluso en clínica, benzodiazepinas como el diaze

pam dan resultado favorable en el tratamiento de las manifestaciones epilépticas. Aparte, todo esto, los

tranquilizantes tienen una neta acción amansadora, muy visible cuando se experimenta con ratones belicosos y animales carniceros, o en general, agresivos. (10, 11 14).

Estos animales no dan en absoluto la impresión de que

dar muy sedados ni en estado de sopor. Este efecto esta verosimilmente relacionado con la acción amortiguadora que estos medicamentos ejercen sobre el sistema límbico, clave del comportamiento emocional, como han demostrado las investigaciones mas recientes. (8, 11).

EFECTOS DE ACCION DE LOS NEUROLEPTICOS Y LOS TRANQUILIZANTES.		
	Neurolepticos	Tranquilizantes.
Inhibicion de la actividad motora.	+++	+
Inhibicion de los reflejos condicionados.	+++	+
Influencia en las funciones neurovegetativas.	++	(+)
Accion anticonvulsivante.	0	+
Bloqueo de los reflejos medulares polisinapticos.	0	+
Efecto amansador.	+	+++
Accion antipsicotica (clinica).	+	-

En 1947, MORUZZI Y MAGOUN descubrieron que la excita-

ción eléctrica de ciertas zonas del mesencefalo sur-
tia sobre el electroencefalograma del dormido el mis-
mo efecto desincronizante, "DESPERTATORIO" que un es-
timulo natural análogo. Estos autores dieron el nom-

bre de AROUSAL REACTION a las modificaciones percibi-
das en el electroencefalograma (aumento de la frecuen-
cia y disminución de la amplitud de onda), llamado
"FORMACION RETICULAR"- debido a sus particularidades
morfologicas- a la region desde donde se podian des-

encadenar esos fenomenos. (8,11). Experiencias poste-
riores revelaron que la formación reticular recibe
impulsos provenientes de colaterales de las vias afe-
rentes sensibles y sensoriales largas. Ahora bien,
una vez llegados a la formación reticular, los impul-
sos especificos de los reseptores sensibles son ob-
jeto de irradiación cortical no especifica, desencade-

nandose la AROUSAL REACTION, que pone al cerebro en un estado de vigilia idoneo para elaborar las aferencias especificas. Mientras que los barbitúricos atenuan principalmente la excitabilidad de la propia formacion reticular, los neurolépticos protegen en cierta medida a la formación reticular de un exagerado aporte de estímulos. Elevando el umbral de excitación, dificultan la llegada de impulsos a la formación reticular de un exagerado aporte de estímulos desde las vi-

as aferentes. Así pues, aun la acción hipnoinductora de los neurolépticos se explica como desaferentización, la cual no debera confundirse con la imposición de sueño propia de los barbituricos. (11).

MONNIER distingue un sistema de proyeccion talamocortical, de acción esencialmente ergotropa y simpaticotónica, y un sistema de proyección que parte sobre to

do de los nucleos talámicos intralaminares, cuya función es esencialmente trofotropa y parasimpaticotónica.

En dosis moderadas, los tranquilizantes practicamente no inhiben la formación reticular, pero si ciertos nucleos talámicos y el sistema límbico. En este último actuan sobre todo las benzodiazepinas.

El efecto clínico de los neurolepticos se caracteriza por las acciones siguientes:

a).- Retardo psicomotor.

b).- Impasibilidad emocional.

c).- Indiferencia afectiva. (3,7,8,11).

Los neurolepticos son "medicamentos que rebajan la actividad y la tension psíquicas, sin que la hiperdosificación determine ante todo sueño o narcosis". (1, 2,4,10).

En cambio el Diazepam tiene una acción marcadamente ansiolítica. (4,10).

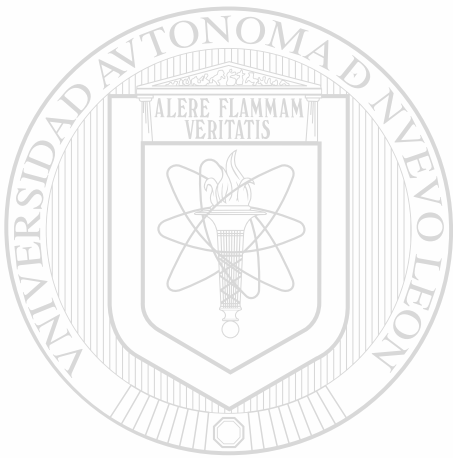
El Dehidrobenzoperidol funciona también como un buen antiemético de acción central, con la única desventaja que produce una relajación del lecho vascular, por lo que lo contraindican en pacientes que sufran hipotensión moderada o severa, dejándose la leve a consideración del médico tratante. (1,2,3,7,10).

Esta contraindicado en el paciente con feocromositoma debido a las crisis hipertensivas que provoca. (13, 15).

Se descubrió que el Dehidrobenzoperidol produce lesiones teratogénicas en el embrión de pollo si se usa por más de diez días a dosis superiores a los ochocientos miligramos por kilo por día. (9).

En la literatura médica especializada encontramos un

reporte de un shock anafiláctico en una mujer de 35 años a la cual se le administró a la vez pentazocina y Dehidrobenzoperidol, el cuadro sedio a tratamiento con antihistamínicos y corticoesteroides. (5).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

Se utilizaron jeringas de cinco centímetros, ampollitas de diez miligramos de Diazepam, frasco ampula de veinticinco miligramos de Dehidrobenzoperidol, baumanómetro y estetoscopio.

Además se realizaron encuestas entre el personal de base y médicos residentes de anestesiología, a cien

pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con edades que fluctuaron entre la segunda y séptima de

cada de la vida y administrándoseles Diazepam y Dehi

drobenzoperidol a dosis de ciento cincuenta microgra

mos por kilo de peso aplicados intramuscularmente,

media hora antes de pasar a quirófano.

Se valoraron los siguientes parámetros:

- a).- Edad, peso y dosis.
- b).- Respuesta a estímulo verbal de conciencia.
- c).- Tensión arterial y frecuencia cardíaca en sala de preanestesia, sala de quirófano, pre-inducción y post-inducción.

d).- Stress emocional.

e).- Apreciación por el anestesiólogo respecto a la medicación.

f).- Dosis de inducción comparada farmacológicamente

con la habitual.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



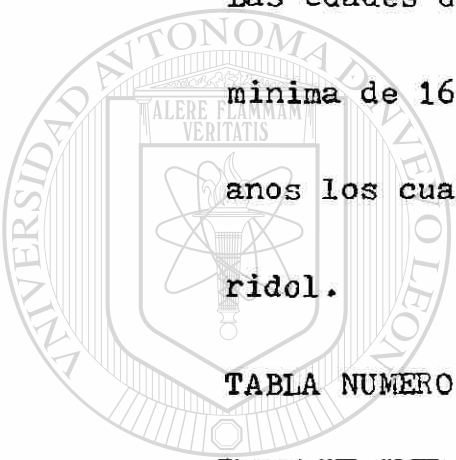
RESULTADOS

Este estudio se realizó con pacientes de ambos sexos.

Las edades de los pacientes fue muy variada con una minima de 16, una maxima de 78 y un promedio de 48.38 años los cuales fueron medicados con Dehidrobenzoperidol.

TABLA NUMERO 1:

AÑOS	PACIENTES
10 - 20	2
21 - 30	8
31 - 40	11
41 - 50	16
51 - 60	9
61 - 70	1
71 0 mas	4



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Las edades de los pacientes que fueron medicados con Diazepan fueron de una minima de 12, una maxima de 74 y un promedio de 41.81 años.

TABLA NUMERO 2:

AÑOS	PACIENTES
10 - 20	6
21 - 30	8
31 - 40	13
41 - 50	17
51 - 60	5
61 - 70	5
71 o mas	2

El peso corporal fue tomado en cuenta, dado que este dato es importante en la medicación preanestésica así como para dosificar correctamente a los pacientes antes de ser intervenidos.

Peso corporal con diazepam:

P E S O I G.	P A C I E N T E S
20 - 30	2
31 - 40	1
41 - 50	13
51 - 60	7
61 - 70	23
71 0 mas	4

El menor fue de 29 kg., el mayor de 78 kg. y el prome

dio de 61.22 Kg.

Peso corporal con Dehidrobenzoperidol:

P E S O I G.	P A C I E N T E S
41 - 50	7
51 - 60	11
61 - 70	16
71 0 mas	16

MENOR	LA MAYOR	PROMEDIO
47 Kg.	97 Kg.	71.92 Kg.

La dosis que se administró fue de 150 microgramos por kilo de peso tanto para el Diazepam como para el Dehidrobenzoperidol, intramuscularmente.

Las dosis que se administraron para el Diazepam fueron:

MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
4.3 Mgr.	11.7 Mgr.	9.18 Mgr.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Las dosis que se administraron para el Dehidrobenzoperidol fueron:

MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
7.5 Mgr.	14.5 Mgr.	10.78 Mgr.

RESPUESTA A ESTIMULO VERBAL (CONCIENCIA):Pacientes,		
A L E R T A	R E G U L A R	D E P R I M I D O
13	34	3
medicados con Dehidrobenzoperidol.		

RESPUESTA A ESTIMULO VERBAL (CONCIENCIA):Pacientes,		
A L E R T A	R E G U L A R	D E P R I M I D O
44	4	2
medicados con Diazepam.		

TENSION ARTERIAL EN PREANESTESIA. CON DEHIDROBENZOPE- RIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
110/65	160/90	122/87

TENSION ARTERIAL EN PREANESTESIA. CON DIAZEPAM:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
100/60	160/90	120/79

FRECUENCIA CARDIACA EN PREANESTESIAS. CON DEHIDRO -- BENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
64	96	85.8

FRECUENCIA CARDIACA EN PREANESTESIAS. CON DIAZEPAM:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
64	92	83.8

TENSION ARTERIAL EN SALA DE QUIROFANO. CON DEHIDRO - BENZOPERIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
100/60	140/90	112/87

TENSION ARTERIAL EN SALA DE QUIROFANO. CON DIAZEPAM:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
90/60	190/100	134/91

FRECUENCIA CARDIACA EN SALA DE QUIROFANO. CON DEHIDROBENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	92	76

FRECUENCIA CARDIACA EN SALA DE QUIROFANO. CON DIAZEPAM:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
72	104	88

TENSION ARTERIAL EN LA PRE-INDUCCION. CON DEHIDROBENZOPERIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA MINIMA	SISTOLICA, DIASTOLICA MAXIMA	SISTOLICA DIASTOLICA PROMEDIO
100/60	150/90	123/70

TENSION ARTERIAL EN LA PRE-INDUCCION. CON DIAZEPAM:		
SISTOLICA, DIASTOLICA MINIMA	SISTOLICA, DIASTOLICA MAXIMA	SISTOLICA DIASTOLICA PROMEDIO
90/50	180/110	132/88

FRECUENCIA CARDIACA EN LA PRE-INDUCCION. CON DEHIDRO BENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	90	71

FRECUENCIA CARDIACA EN LA PRE-INDUCCION. CON DIAZEPAM:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	100	87

TENSION ARTERIAL EN LA POST-INDUCCION. CON DEHIDROBEN ZOPERIDOL:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
90/60	140/90	101/68

TENSION ARTERIAL EN LA POST-INDUCCION. CON DIAZEPAM:		
SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA, DIASTOLICA	SISTOLICA DIASTOLICA
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
90/60	160/95	127/76

FRECUENCIA CARDIACA EN LA POST. INDUCCION. CON DE LORO		
BENZOPERIDOL:		
MINIMA	MAXIMA	PROMEDIO
60	90	72

FRECUENCIA CARDIACA EN LA POST. INDUCCION. CON DIAZAPAM:		
MINIMA	MAXIMA	PRO EDIO
60	96	83

STRESS EMOSIONAL. CON DEHIDROBENZOPERIDOL:		
BIEN	REGULAR	NERVIOSO
35	9	6
SUDORACION EN MANOS	SE APRECIARON VENAS	SIALORRREA
5	41	4

STRESS EMOSIONAL . CON DIAZAPAM:		
BIEN	REGULAR	NERVIOSO
18	25	10
SUDORACION EN MANOS	SE APRECIARON V. AC	SIALORRREA
16	28	6

LA APRECIACION DEL ANESTESIOLOGO RESPECTO A LA MEDICACION AL PACIENTE FUE: CON DEHIDROBENZOPERIDOL:			
MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
26	19	3	1

LA APRECIACION DEL ANESTESIOLOGO RESPECTO A LA MEDICACION AL PACIENTE FUE: CON DIAZEPAM:			
MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
3	18	19	10

LA DOSIS DE INDUCCION COMPARADA FARMACOLOGICAMENTE CON LA HABITUAL FUE: CON DEHIDROBENZOPERIDOL:		
DISMINUCION DE DOSIS	IGUAL DOSIS	MAS DOSIS
15	32	3

LA DOSIS DE INDUCCION COMPARADA FARMACOLOGICAMENTE CON LA HABITUAL FUE: CON DIAZEPAM:		
DISMINUCION DE DOSIS	IGUAL DOSIS	MAS DOSIS
2	36	12

CONCLUSIONES

En 100 pacientes estudiados para valoración de efectividad como fármaco de medicación preanestésica,

(Diazepam VS Dehidrobenzoperidol) encontramos que

fue más efectivo el Dehidrobenzoperidol que el Diazepam en una apreciación encuestada entre los anestesiólogos con respecto a las dosis de utilización a

la inducción, el estado emocional del paciente y el estado hemodinámico de los mismos.

COMENTARIO FINAL

Pensamos que el factor emocional no lo va a quitar

un farmaco tan facilmente como la medicación verbal

El paciente, ademas de un farmaco, necesita una buena

identificacion con el cirujano que lo va a operar

(es frecuente que no sepan los pacientes quien los

va a operar, como es frecuente tambien que el cirujano

no sepa a quien va a operar.).

Además la espera en el area preanestesica con la

subsecuente cancelación quirurgica son factores que

exacervan el estress emocional.

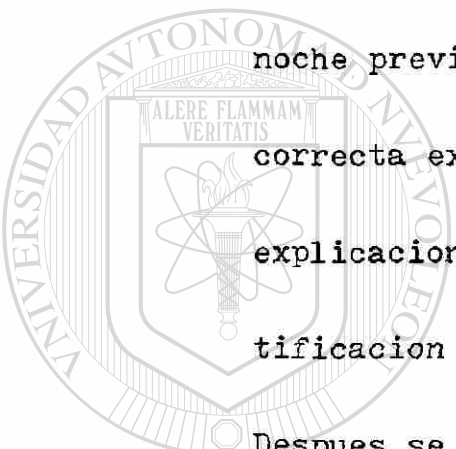
Es frecuente que al paciente tampoco se le informe

adecuada y racionalmente que le van a operar y encon

tramos que el paciente con frecuencia piensa que el

cirujano "Ese tan chiquillo que puede ser el hijo"
tiene solo el interés de abrirlo para ver que le en-
cuentran malo.

Al paciente le debemos garantizar un sueño bueno la



noche previa a su cirugía. En primer lugar con una
correcta explicación de su problemática, una adecuada
explicación acerca del proceso quirúrgico y la ra-
tificación de la persona que lo va a operar.

Después se le puede agregar un ansiolítico breve y en

el acto prequirúrgico inmediato, recomendamos que sea

operado a la hora que se le dijo y la administración

de Dehidrobenzoperidol a razón de 150 microgramos por

kg de peso 30 minutos antes de llevarlo a quirófano

y administrar atropina, tanto cuanto crean necesaria.

6.- Electrophysiological effects of Droperidol on sinoatrial nodal fibers. Corticos FR, et al.

Arch Int Pharmacodyn ther 1979 Jul, 240 (1):137-42

7.- Comparison of domperidone, Droperidol, and metoclopramide in the prevention and treatment of nausea and vomiting after balanced general anesthesia.

Karttila K, et al.

Anest. Analg. (clavé) 1979 Sep-Oct; 58 (5):396-400.

8.- The influence of orphenadrine HCL in overdose alone and in combination with Droperidol on respiration and circulation in the rat. Sangster B, et al.

Toxicol Evr Res 1979 Mar; 2 (2): 93-7.

9.- Toxic effects on Fentanyl and Droperidol in the chick embryo Ogo S et al.

Rev Hosp Clin Fac Med Sao Pablo 1979 Jun 34 (3):

112-3 (E.A.)

10.- Diazepam and Droperidol as i.v. premedicants. Heer GP, et al.

Br J Anaesth. 51 (6): 537-42, Jun 79.

11.- Effective sedation of rabbits, guinea pigs, rats and mice with a mixture of fentanyl and Droperidol Walden NB.

Aust. Vet J 54 (11): 538-40, Nov. 79.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Premedication of esophago-gastro.duodenoscopy -
with a neuroleptanalgesic drug and a tranquillizer-a controlled clinical study (authod's transl)
Giger M, et al.
Leber Magen Darm 1979 Jun. 9 (3): 128-30.
- 2.- Droperidol and endotrachal intubation. Attenua -
tion of pressor response to laryngoscopy and intu
bation. Curran J, et al.
Anesthesia 1980 Mar.: 35(3): 290-4.
- 3.- Anaesthesia for carotid artery surgery. Erwin D,
et al.
Anesthesia 1980 Mar.: 35 (3): 246-9.
- 4.- 318 deliveries performed with neuroleptoanalgesia
(NLA) Colombo E. et al.
Minerva Ginecol 1980 Jan-Feb.: 32 (1-2): 113-22
(Eng.Abstract).
- 5.- Anaphylactic shock caused by Droperidol and Penta
zocine (author's transl). Ohkubo T., el al.
Iausi 1980 May.;29 (5): 489-93 (Eng.- abstract).

12.- Characteristics of combined nitous oxide nacrois and premedication with pain syndrome caused by blood vessel disease of the lower extremities. Timchuk ID, et al.

Vestn Khir 122 (2): 98-102, Feb 79. (Eng Abstra). Rus.

13.- Mechanism of the hypertensive effect of Droperidol in pheochromocytoma. Oh TE, et al.

Anaesth. Intensive Care 6(4):322-7, Nov.78.

14.- Respiratory function following premedication with Droperidol or Diazepam. Soroker D, et al.

Anesth. Analg. (Clave) 57(6):695-9, Nov-Dic. 78.

15.- Innovar - induced hypertensive crises in patients with pheochromocytoma. Bittar DA.

Anesthesiology 50 (4): 366-9, Apr. 79.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

