

Una Nueva Ficha Anestésica (1958)

Por el Dr. *Juan Pablo Lacour* *

PROPÓSITO

COMO reza el epígrafe, nuestro propósito no es presentar una ficha anestésica más, sino una "nueva ficha anestésica" que cumpla todos los requisitos que exige el registro de las nuevas y complejas técnicas anestésicas actuales.

Para ello hemos consultado toda la literatura que nos ha sido posible encontrar y hemos solicitado la colaboración de algunos anestesistas amigos quienes generosamente han brindado su tiempo y consejo; por ello estamos muy agradecidos a los Dres. Héctor Vázquez, José Delorme, Carlos A. Berho, Osman Yanzon, Ricardo E. Moreno, Owen Elder y Alberto R. Rodrigo.

La ficha según nuestro entender debía idealmente cumplir los siguientes requisitos:

- 1º) Que pueda ser útil a anestesistas y a instituciones.
- 2º) Número suficiente de datos tabulados.
- 3º) Facilidad para buscar un dato.
- 4º) Tamaño pequeño de la ficha, para que se pueda llevar en el bolsillo de un guardapolvo médico.
- 5º) Agrupación de los datos en diferentes núcleos y ordenación de la anarquía que actualmente existe en algunos grupos como por ejemplo en "técnica".

- 6º) Economía: Es deseable que el costo por unidad sea bajo. Conocemos fichas americanas que por cuya confección se nos ha pedido \$ 6.— cada una (no por ello son mejores que otras), tal como la de Georgetown University Hospital.

SISTEMA

Podíamos elegir entre tres sistemas:

- 1º) El de Hollerith.
- 2º) El de Nosworthy.
- 3º) El de Pender, que es una combinación de los dos precedentes.

El sistema de Hollerith es caro, complejo, requiere maquinarias y personal y sólo se adapta a grandes instituciones.

El sistema de Pender, requiere aprender de memoria un código o llevarlo consigo cada vez que se marca una ficha.

Por consiguiente nos quedamos con el muy conocido de Nosworthy. En este sistema hay una serie de datos que se registran por medio de orificios marginales, los cuales deben ser abiertos con el objeto de obtener fácilmente la ficha a la cual esos datos pertenecen, aún cuando se encuentren mezcladas con un gran número de fichas similares.

Para lograr esto último se toma un mazo grande de fichas y se atraviesa una aguja

* Teniente Coronel. Jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital Militar del Campo de Mayo.

por el orificio que pertenece al dato buscado, luego se lateraliza esta aguja hacia uno y otro lado con el objeto de aflojar la ligera adherencia que se produce entre una y otra, luego se levanta la aguja, al hacer esto, se arrastran con ella las fichas que no interesan y quedan por el contrario las que contienen el dato buscado.

Las fichas son de cartulina y constan de dos caras utilizables. La cara frontal lleva los datos del enfermo, análisis de laboratorio y constituye en sí una breve historia pre y post-operatoria.

El reverso de la ficha se emplea para registrar el curso de la anestesia con los datos de T. A. y P., respiraciones, etc., etc.

De la confección de una ficha anestésica, pueden sacar ventajas: el enfermo, el cirujano, el anestésista y el cuerpo de enfermeras.

Si a intervalos regulares de tiempo se registra el pulso y la presión arterial, y otros factores pertinentes a las maniobras quirúrgicas y evolución de la intervención, en un determinado momento se podrá valorar más exactamente el estado del paciente.

El poseer un buen registro de una intervención anterior, es de gran ayuda si el sujeto debe ser anestesiado nuevamente.

Para iniciar la más simple investigación clínica anestesiológica, las fichas anestésicas son la base de todo lo que al respecto se pueda encontrar.

Debemos tener en cuenta que las conclusiones que se saquen del análisis estadístico de las fichas anestésicas no puede ser de valor, si no es fiel el registro que hacemos en cada una de las fichas.

En otras palabras, para obtener datos fieles es necesario efectuar registros fieles.

No es cosa muy buena, una ficha primorosamente manuscrita, si la anestesia es mala, o dicho en otra forma, el enfermo no debe ser sacrificado por la ficha; hay mo-

mentos llenos de dificultades en que el paciente demanda el máximo de atención y sería perjudicial en esos momentos desviar la atención del paciente con el objeto de completar una buena ficha. No obstante en la mayoría de los casos es posible llevar un detallado registro de todos los procedimientos y hechos acaecidos en el curso de la operación.

Lo que antecede es poco más o menos lo que opina Eckenhoff, Dripps y Vandam de la Escuela de Medicina de la Ciudad de Pensilvania; además de lo dicho, es necesario que para obtener un óptimo resultado en la manufactura de fichas es imprescindible que se cumplan dos condiciones:

- 1º) Ejecución correcta de las fichas y *cuidar que todos los datos queden completos.*
- 2º) Ejercer el control estadístico periódico de las mismas, transcribiendo a un cuadro el resumen de todos los datos, con el objeto de sacar conclusiones útiles de la evolución y progreso en las técnicas.

Si no se cumplen las dos etapas mencionadas es perder el tiempo el confeccionar fichas, pues ellas irán a parar a un cajón en donde descansarán para siempre, a menos que un hipotético investigador recurra a las mismas para sacar algún dato aislado, dato que por lo general no será fiel pues la interpretación de la ficha no la ejecutará quien la confeccionó y el gran tiempo transcurrido puede haber borrado el recuerdo del significado que se asignó a cada anotación.

Para no exponernos a diferentes interpretaciones y anotaciones distintas de un mismo hecho, hemos elegido el método de no dejar librado al anestésista las anotaciones que se deben asentar.

Esta ficha que presentamos, que en un principio es una pequeña historia clínica de

la operación, del pre y post-operatorio, debe llenarse de acuerdo a las normas que a continuación especificamos:

CARA ANTERIOR

Margen izquierdo:

Casilla destinada a la edad: Hay un punto que la experiencia indica que es necesario poner en claro:

Cuando hacemos un registro "cuantitativo" de algún dato, como por ejemplo la "edad" o el "tiempo que dura la intervención", hay quien ha adoptado por arreglar las cosas así:

Duración de la intervención: 0-9 minut.; 10-19 minut.; 20-29 minut.

Otros métodos estadísticos escriben así: 0-10 minut.; 10-20 minut.; 20-30 minut., etc.

Ambos métodos son faltos de precisión, en el primer caso, supongamos que la intervención dura 9 minutos y medio. ¿Dónde lo anotamos?

En el segundo caso, si dura 10 minutos exactos, ¿dónde lo anotamos? ¿en la primera o en la segunda casilla?

Por ello hemos adoptado el siguiente método: 0. Que significa el tiempo desde el "cero" hasta el último segundo previo a lo marcado en la segunda casilla.

- 1ra. Casilla: 0' →
- 2da. Casilla: 30' →
- 3ra. Casilla: 1 h. →

En la primera casilla se anota lo comprendido entre "0" tiempo y los 29 minutos 59 segundos.

En la segunda casilla se anota lo comprendido entre 30 minutos inclusive y 59 minutos y 59 segundos, y así sucesivamente.

Para la edad se marca en el *primer orificio*, la edad del niño que esté comprendida entre la "0" de vida y el año justo. Este renglón tiene dos casillas adicionales, la pri-

mera corresponde a los días de vida y la segunda a los meses. Por ejemplo un niño de 4 meses y 20 días de vida, lo marcamos así:

	Mes	Días
1er. Orificio abierto:	—	—
	4	20

Es conveniente separar este grupo de niños, desde el punto de vista anestesiológico, de la patología y de la técnica, estos niños presentan problemas que no los encontramos en los niños mayores. En este grupo están comprendido los *lactantes*.

2do. Orificio: Niños comprendidos entre uno y tres años, o sea los niños de la primera *infancia*.

3er. Orificio: Niños de *segunda infancia* entre los tres años y la pubertad.

4to. Orificio: *Adolescentes* entre los 12 años y los 20 años.

5to. Orificio: *Adultos antes de la edad media* de la vida.

6to. Orificio: *Adultos después de la edad media* de la vida.

7mo. Orificio: Adultos después de los sesenta años.

Hacemos notar aquí que la clasificación de los años de la vida del niño, es la que siguen los autores ingleses y la más empleada por nuestro medio. Ella se aparta a la seguida por Tutinel y a la de Marfan, las que dividen la niñez en la 2da. y 3ra. infancia.

Sexo: Para ello se destinó una casilla se marca el orificio cuando el sexo es masculino y no se marca si es femenino. Los excepcionales casos de pseudo-hermafroditismo se marcan *en el sexo* que les corresponde.

Se acostumbraba a decir antiguamente que el enfermo era un "buen riesgo", "mediano riesgo", "pobre riesgo", etc.

Creemos que este término de "riesgo" no debe ser empleado, pues si consideramos el riesgo quirúrgico debemos admitir que

en él intervienen una serie de factores imponderables e incontrolables que nos impiden valorar con anterioridad al acto quirúrgico el "riesgo" a que el enfermo se somete, es preferible reemplazar este término por la apreciación del estado físico que presenta el enfermo antes de la intervención quirúrgica, ello se ha hecho en base a la clasificación norteamericana de la American Society of Anesthesiologist A. S. A.

Supongamos un enfermo en perfecto estado físico con una hernia inguinal, y que va a ser sometido a una intervención quirúrgica para efectuarle la reparación plástica. Si lo clasificamos de acuerdo al estado físico, ninguno dudará de colocarlo en el primer lugar de la clasificación "bueno". En cambio si consideramos el riesgo, éste variará con múltiples factores, por ejemplo se arriesga más la vida de este enfermo cuando el personal de esterilización del hospital no es apto, es nuevo, está cansado o se ha introducido algún cambio en la rutina de los procedimientos. Este paciente corre mayor riesgo en manos de un anestesista novel que en las de un experimentado, de perder alguna pieza dentaria o en el peor de los casos de la vida. Este paciente corre mayor riesgo de perder un testículo en manos de un cirujano joven que en las de uno hábil y antiguo en su profesión. De manera que es difícil de conceptuar el "riesgo" y la "calidad" del daño probable a presentarse. La clasificación que adoptamos aprobada por la A. S. A. es la siguiente:

ESTADO FÍSICO

Clase 1ra. "Bueno": Pacientes que no tienen enfermedades orgánicas o en los que la enfermedad es bien localizada y no causa perturbaciones de carácter general o sistémico, ejemplo: el caso citado anteriormente.

Clase 2da. "Regular": Pacientes que presentan pequeña o moderada afección de sis-

téma, que puede estar o no asociada con el padecimiento quirúrgico y que interfiere sólo ligeramente con el equilibrio fisiológico y las actividades del sujeto, ejemplo: Enfermo dispéptico con úlcera duodenal que será sometido a una gastrectomía. Enfermo con una apendicitis aguda de reciente evolución, con dolor y ligera fiebre sin otra repercusión.

Clase 3a. "Malo": Enfermo que presenta una enfermedad severa de sistema que puede estar asociada o no con el padecimiento que determina la intervención y que interfiere seriamente con sus actividades normales. Ejemplo. Intervención sobre diabético mal controlado. Intervención de apendicitis aguda en un enfermo con una insuficiencia cardíaca moderada o severa pero compensada en esos momentos.

Clase 4ta. "Grave": Enfermo que exhibe una extrema perturbación de sistema que puede estar asociada o no con el padecimiento quirúrgico y que interfiere seriamente con su equilibrio fisiológico y se ha transformado en una seria amenaza para la vida, pareciendo que tiene muy poca oportunidad de recuperarse y ser dado de alta del hospital. Ejemplo. Aguda y severa oclusión intestinal. Grave traumatismo con extensas lesiones. Enfermo con avanzada insuficiencia cardio-vascular no compensada, etc.

Clase 5ta. "Moribundo": El excepcional enfermo que está en esta situación antes de la intervención quirúrgica y cuya condición no permite asegurar su vida dentro de las veinticuatro horas, aún sin ser sometido al acto quirúrgico. Ejemplo. Derrame cerebral, politraumatizado en shock.

Urgencia: Se agrega esta notación a cualquiera de las cinco anteriores. Cuando el tiempo en que se debe ejecutar la intervención es perentorio, aumenta el riesgo para el enfermo y es bueno poner atención a este orificio para prevenirse contra un estómago

ocupado, falta de exámenes indispensables, etc.

Sabemos cuan dificultoso es establecer una clasificación del estado del paciente y que hay oportunidades en que el caso se nos presenta en los límites entre una clase y otra, pero vale la pena intentar el esfuerzo y téngase por seguro que siempre pagará interesantes dividendos.

Una de las ventajas que primero surgen a la evidencia es, que para clasificar un enfermo bajo este criterio del "Estado físico" es imprescindible hacer un prolijo interrogatorio al paciente o a los familiares y apreciar el resultado de los análisis de laboratorio, si los hubiere.

Como dice Dripps, la aseveración de que los paros cardíacos se producen tan frecuentemente en sujetos sanos como en aquellos que tienen enfermedad cardíaca previa, sólo podrá dilucidarse en base a una estadística hecha con este análisis.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PREANESTÉSICOS

Tanto aquí como en otras casillas es menester destinar un renglón para aquellos interrogatorios en los que la anamnesis es negativa, pues si no lo hiciéramos así correríamos el riesgo de tomar a posteriori, como enfermos sin antecedentes patológicos, aquellos en que el anestesista hubiera olvidado efectuar la visita previa.

El primer orificio de este casillero se marca cuando a criterio del anestesista falta algún dato clínico o de laboratorio que considera de interés para valorar el estado físico del paciente o la elección de la anestesia y la técnica a seguir. Debe consignarse en el espacio blanco que posee esta casilla, qué dato falta.

Si en los diversos sistemas y aparatos encontramos algún dato positivo es necesario consignarlo en el mencionado espacio blanco que a la derecha se dispone.

En esta casilla hemos dejado cuatro espacios destinados al registro de antecedentes positivos en anestésias previas. *Alergias*: Sobre todo la del tipo nasal y respiratoria. *Infcción*: Sobre todo en los grandes estados infecciosos recientes que han dejado alguna secuela. También aquí se marca el orificio si la infección, aunque leve, está en evolución en el momento de efectuar la anestesia.

En esta casilla hemos dejado cuatro espacios destinados al registro de antecedentes positivos en anestésias previas. *Alergias*: Sobre todo la del tipo nasal y respiratoria. *Infcción*: Sobre todo en los grandes estados infecciosos recientes que han dejado alguna secuela. También aquí se marca el orificio si la infección, aunque leve, está en evolución en el momento de efectuar la anestesia.

MEDICACION PREANESTÉSICA

Se marca el orificio que corresponde a "ninguna" cuando no hacemos medicación previa, por las razones que hemos dado anteriormente.

La medicación pre-anestésica ha sido dividida en seis grupos de drogas. Bajo la palabra ¿cuál? escribimos el nombre de la droga que inyectamos y bajo "dosis", la dosis administrada, ejemplo. A un enfermo le administramos medio miligramo de Atropina y los centigramos de Pantopón. Marcamos el 2º y 3º orificio y bajo ¿cuál? anotamos *Atropina* 0.005 - *Pantopón* 0.002.

	¿Cuál?	Dosis
Atropínico	Otrop.	0.5 mg
Opiáceo	Pantop.	20 mg

El resultado de la medicación previa puede ser:

Suficiente:

Insuficiente por { Falta de dosis.
Falta de tiempo.
Por exceso de tiempo. } Lo que se especifica.

Anormal { Reacción no prevista por parte del enfermo. Por ejemplo: rash cutáneo, excitación, vómitos, etc.

Excesivo { Por exceso de dosis.
Por hipersensibilidad. } Lo que se especifica.

COMPLICACIONES ANESTESICAS Y QUIRURGICAS

Aquí deben consignarse las complicaciones que ocurren durante el curso del procedimiento ya sea tanto al anestesista como al cirujano. Los primeros cinco orificios corresponden al anestesista, los dos restantes al cirujano. Como en los casos anteriores se dejará constancia explicativa en el espacio destinado para ello, del tipo de complicación que se presentó.

Si por ejemplo el cirujano, provoca una hemorragia anormalmente grande para el tipo de operación que ejecutó, o si se traumatiza mucho al enfermo o si prolonga mucho la operación, se dejará constancia de ello marcando el último orificio de este casillero y se anotará lo que corresponda en el espacio blanco que se dispone.

MARGEN INFERIOR

Tiempo operatorio: Se anotará aquí el tiempo total que dura la anestesia y para ello se emplea la misma notación que para la edad.

Infusión en cm³: Se marca el o los orificios que correspondan a los líquidos que estemos inyectando durante el tiempo que dura la intervención, en cada cuadradito blanco se anotará el total de los cm³. inyectados.

Por ejemplo:

Infusión	Sangre	500
	Glucosa 5%	1.000

Región operatoria: Esta casilla se comprende muy fácilmente, sólo aclararemos una abreviatura:

G. N. O.: Garganta, nariz y oídos.

Hemos creído conveniente separar en el miembro inferior las intervenciones sobre partes blandas solamente, de aquellas que comprenden también la parte ósea, sobre to-

do en cadera, pues éstas son mucho más traumatizantes.

MARGEN DERECHO

Técnica: Esta sección la hemos visto muy mal tratada en la generalidad de las fichas que hemos tenido oportunidad de estudiar. Creemos conveniente dividirla en varias subsecciones, ellas son:

- Control respiratorio.
- Circuito.
- Vía aérea.
- Administración.
- Control de la temperatura.

Control respiratorio: La respiración puede ser *espontánea* (enfermos que respiran sin ayuda) y se marca en el primer orificio. Puede ser *asistida manualmente*, en este caso se marca el segundo orificio y si se asiste mecánicamente (respirador) se especifica con una llamada y se borra la abreviatura *man*.

La respiración puede ser *controlada manual* o *mecánicamente*, para ello previamente se ha anulado en gran parte la acción de los músculos respiratorios del paciente.

Circuito: Para clasificar el circuito, veamos qué pasa con la *espiración* del enfermo: Si toda ella va fuera, el circuito es *abierto*, posea o no válvulas el aparato. Si parte de ella va a una bolsa o fuelle, el circuito es *mixto*, hemos preferido usar la palabra mixto y no la de *semicerrado* o *semiabierto* o *absorción parcial*, pues todas éstas se prestan a confusión si se quiere establecer límites.

En el circuito mixto se incluye el sistema de Ayre (sin válvulas), el aparato de Ombredanne (aún en uso en la Argentina) y cualquier sistema cerrado con escape de gases (con o sin válvulas).

Si toda la espiración queda confinada dentro del aparato, el circuito es *cerrado* y

debe lógicamente proveerse de absorción de CO₂. Este circuito se puede clasificar en: *circular, to and fro* y *to and fro alejado* pero para esta sub-clasificación no hemos previsto espacio pues no lo consideramos de importancia. Por otra parte si se desea, al lado de la palabra cerrado se puede poner el signo

Circular: Ton and fro:

Vía aérea: Abreviaturas.

O. T. N°	Tubo oro traqueal N°
O. T. M. N°	Oro, traqueal con manguito, N°
Nas. T. N°	Naso traqueal N°
Selec.	Intubaciones selectivas
Bloq.	Bloqueos bronquiales.

Administración: Puede asegurarse que el 99% de las anestésias generales se administran por vía inhalatoria, rectal o endovenosa, lo que se especifica marcando el orificio correspondiente.

Control de la temperatura: Por razones de distribución esta sección de técnica, la hemos tenido que colocar en el extremo superior izquierdo de la ficha. El enfermo puede controlar por sí mismo su temperatura. Se marcará aquí el primer orificio donde dice Nor.: Normal. El segundo orificio corresponde a la técnica de hipotermia es decir, enfriamiento del paciente sin recurrir a la neuroplegia. Está marcada por la abreviatura: *Hip.* El tercer orificio está destinado a la *hibernación*, es decir neuroplegia más hipotermia.

Complicaciones post-anestésicas: Aquí se hacen las mismas consideraciones que hicimos para las complicaciones pre-anestésicas. Es muy difícil establecer una clasificación para el vómito y hemos decidido considerarlo: *Nulo:* (se marca automáticamente con el primer orificio) *moderado:* o sea menor de 24 horas y *severo* cuando dura más de 24 horas. Se puede aclarar en el espacio en blanco la intensidad, frecuencia, molestia para el enfermo, etc. Las muertes

en cuanto al % son tan escasas en número que sólo las hemos dividido en dos grupos.

- 1º) *Muerte en sala de operaciones:* 99% de los casos imputable a la anestesia.
- 2º) *Muerte post-operatoria:* 90% de los casos debida al cirujano o a la evolución propia de la enfermedad.

Creemos que no tiene objeto llevar la cla-

sificación a otros niveles, es más que suficiente con apartar las fichas que pertenecen a este núcleo y una vez hecho esto analizar las causas que la provocaron, las que *siempre* serán especificadas en el espacio blanco adyacente.

Agentes anestésicos: Los hemos separado según la vía de administración y en la parte que corresponde a las endovenosas y rectales, se ha dejado un espacio para anotar la dosis total administrada en el curso de la operación.

MARGEN SUPERIOR

Aquí se tabulan los agentes por vía endovenosa, ya descritos, además los antagonistas y estimulantes y las técnicas de analgesia.

Antagonistas y estimulantes: El primer orificio corresponde a los eserínicos como por ejemplo el Prostigmin y el Tensilón. El segundo orificio a la niquetamida por ejemplo: Coramina, Analepsina, etc. El tercer orificio a los simpático miméticos, por ejemplo: Simpadrén, Levofed, Efedrina, Adrenalina, etc. Quedando dos casillas en blanco para anotar otras drogas, tales como

el Lorfán, el Bemegrin, antídotos de los barbitúricos, etc.

Analgesia: Aquí se anota en forma general cuál de las técnicas de analgesia se emplea y los detalles del procedimiento se especifican en la otra cara de la ficha en donde dice *curso de la Anestesia y Analgesia* tal como lo explicaremos al describir la otra faz. En la parte superior y centro hay un recuadro que contiene:

1º) Los datos de identificación del enfermo, entre los que se encuentran la dirección (y de ser posible anótese el Nº de teléfono), ello aunque parezca excesivo, es útil para aquellos casos en que se quiere seguir la evolución posterior de un enfermo, cosa que es a menudo necesario, sobre todo en los procedimientos de analgesia cuando queda alguna secuela, como por ejemplo en el caso de que por haber colocado el brazo del enfermo en abducción y en posición Trendelenburg, se ha producido una paresia del plexo braquial, o en los casos de inyección extravascular de alguna droga irritante o cáustica, etc.

2º) La identificación del lugar en donde se efectúa la intervención.

3º) *Edad*: Escríbase así por ejemplo 10 días; 1 m. 15 d.; o si se escribe un número solamente, indicará el número de años. Si el enfermo no proporciona este dato, hágase una estimación y anótela. *Peso*: en kg. si el enfermo no da este dato, hágase una estimación. *Constitución*: será normolíneo, brevilíneo, o longilíneo.

4º) En el otro renglón consta la T. A. Mx. y Mn. preoperatoria y la frecuencia *del pulso*, cuando el enfermo estaba en reposo y sin drogas. Luego se anota la F. respiratoria en condiciones basales y sin drogas. La *temperatura axilar y el grupo sanguíneo* en esta forma: G. S. A.; Rh \dagger que quiere decir grupo sanguíneo A Rh positivo.

5º) En los dos renglones siguientes se anotará los datos del laboratorio preoperatorio que se hubieren hecho, y si de un mismo examen hay varios anótese el último practicado.

6º) El diagnóstico preoperatorio presuntivo.

7º) La operación propuesta.

8º) La firma del anestesista.

Por último y en el centro de la cara anterior hay un pequeño recuadro destinado a registrar el diagnóstico post-operatorio y la operación realizada, y un último renglón para el resultado de la anestesia. Si este resultado no es satisfactorio, especifíquese desde que punto de vista y por qué es insatisfactorio. Los puntos de vista pueden ser dos: *cirujano* y *enfermo*, si no se obtiene satisfacción en estos sectores no puede ser satisfactorio el resultado desde el punto de vista del anestesista.

REVERSO DE LA FICHA

Esta cara está destinada a anotar en ella el curso de la anestesia. El primer renglón está destinado a anotar el tiempo, para ello puede elegirse dos escalas distintas. Si se presupone que la anestesia será larga, se anota cada hora sobre cada una de las líneas gruesas verticales, por consiguiente cada línea fina vertical valdrá 10 minutos. Si por el contrario la anestesia será corta, cada línea gruesa vale media hora y cada línea fina vale 5 minutos. En el primer caso la ficha durará cuatro horas y en el segundo, solo dos.

A continuación tenemos un espacio libre destinado a anotar en él los agentes inhalantes que empleamos. Luego tenemos un renglón destinado a registrar los cm³. endovenosos que al correr del tiempo vamos inyectando en el enfermo cuando le colocamos una mezcla anestésica gota a gota, como está en uso actualmente. El número fi-

nal de este renglón indicará el total inyectado y la comparación entre uno y otro número el ritmo de infusión. Conociendo el total y la composición de la mezcla o cocktail se deduce fácilmente la dosis parcial de cada droga, que anotaremos en la casilla destinada a ella y que se encuentra en el margen derecho y superior de la otra cara.

Luego se pueden registrar las presiones positivas y negativas endotraqueales que se ejercen en casos de emplear respiración asistida o controlada y el volumen corriente si el aparato que utilizamos lo permite medir. No creemos que hoy día sea conveniente colocar un espacio destinado a la profundidad anestésica, pues este término tenía sentido cuando empleábamos una sola droga como el cloroformo o el éter, en los que con cierta experiencia se podían distinguir planos y en donde la acción farmacológica propia del éter deprime en forma progresiva el S. N. C. y a medida que ello ocurría la relajación muscular era mayor. Pero con el advenimiento del curare, los neuropléjicos, los hipnóticos (o barbitúricos), ocurre ahora que el anestésista puede controlar cada una de las funciones farmacológicas por separado y por consiguiente un enfermo

se marcarán cuando aparecen en el curso de la operación por un signo positivo. *El reflejo corneano* lo marcaremos como intenso o normal + + +, medianamente disminuido: + + y muy disminuido + (tómese este reflejo con precisión por medio de la punta de una gasa estéril para no herir la córnea).

La dilatación pupilar la señalaremos con un dibujo a la manera de Guedell, el círculo exterior representa el iris y el interior el diámetro pupilar $\odot \bullet$.

El resto de esta cara está destinada a las anotaciones de *tensión arterial* y *pulso*, cuyas escalas están grabadas en el margen izquierdo, y la *frecuencia respiratoria* y *temperatura* cuya escala está grabada en el margen derecho del recuadro. Creemos conveniente que la escala de tensión arterial llegue hasta 250 mm. de mercurio y no hasta 200 mm. como es lo habitual.

Sobre el margen izquierdo del recuadro de T. A. hemos considerado adecuado anotar las *claves*, la general y la de posición (la clave de posición está tomada de V. L. Collins).

Clave general: Se marca un signo X al comienzo y al final de la anestesia.

Se marca un signo	\odot	.....	Comienzo y fin de la intervención.
" " " "	V	.....	Para caracterizar la T. A. Mx.
" " " "	Λ	.....	" " la T. A. Mn.
" " " "	•	.....	" " frecuencia del pulso
" " " "	○	.....	" " " de la respir.
" " " "	+	.....	" " la temperatura
			(Conviene aquí especificar si es esofágica rectal o axilar).

puede estar por ejemplo muy relajado y poco deprimida su corteza, y su médula, en este caso: ¿Qué profundidad anestésica registramos? Nos ha parecido más útil tener el registro de los movimientos reflejos que puede ejecutar el enfermo; del reflejo corneano y de la dilatación pupilar. *Los movi-*

La clave de posición es perfectamente comprensible diremos sólo que se hace la figura que corresponde en el espacio que está a la altura de la palabra *clave* y al comienzo de la intervención o en el tiempo que corresponda.

Si el enfermo es cambiado de posición en

Ficha anestésica:	Mass. Gen. Hosp.	..	..	Hospital of University of Pennsylvania.	
"	"	Hospital Obrero G.N.S.S. Lima, Perú.	"	"	Dr. González Varela.
"	"	Ejército Argentino D.G.S.	"	"	Dr. Horacio Cabo.
"	"	Bellevue Hospital city of N. Y.	"	"	Hospital San Juan de Dios (Bogotá).
"	"	Mt. Sinai Hospital, N.Y.	"	"	Dr. R. Méndez Peñate (La Habana).
"	"	Doctors Hospital Filadelfia.	"	"	Lahey Clinic.
"	"	Dr. Héctor Horacio Vázquez.	"	"	Temple University Hosp. Philadelphia.
"	"	De los Hospitales; Babies — Inst. of Ophtalmology - Neurological Ins. - Presbyterian Hosp. - Sloane Hospital - Vanderbilt Clinic.	"	"	Georgetown University Hospital Washington.
"	"	New England Deaconess Hospital.	"	"	United Cardiff Hospital. (Cardiff England).
"	"	Clínica Joaquín Albarrán (Cuba).	"	"	Montreal Neurological Institute (Montreal, Canadá).
"	"	Johns Hopinks Hospital 5 Maryland.	"	"	Philadelphia General Hosp. (Philadelphia, Estados Unidos).
"	"	Dr. Clement (Toedo) EE. UU. (microf.).	"	"	Dr. S. Organe (England).
"	"	Hahnemann Medical College and Hospital Philadelphia.	"	"	Dr. S. Organe (England).

