

NUEVA HOJA DE EVALUACION PREANESTESICA

*DR. DAVID GAYTÁN P.

**DR. ANTONIO SÁNCHEZ M.

RESUMEN

Se presenta a la consideración de los Anestesiólogos la propuesta de realizar la Consulta Pre-anestésica en un consultorio, días antes de la programación de la cirugía, en donde se pondrá especial énfasis en la relación médico paciente, ya que esto es uno de los pilares de la Medicina, mediante el interrogatorio, la exploración física, el aspecto psicológico y muy especialmente en el trato humano, pues toda cirugía entraña temor y angustia en los pacientes, sobre todo por la anestesia, independientemente de que el padecimiento sea grave o no.

Para lograr esto, pensamos que el especialista debe ser ordenado, debe seguir un método, de manera que se les sugiere tener una Historia Clínica Preanestésica, mostrándoles la elaborada por el Departamento de Anestesiología del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 del IMSS, dándose una explicación desde el punto de vista anestésico, del por qué se preguntan y exploran los diferentes aparatos y sistemas del organismo humano.

SUMMARY

It is the intention of this paper to submit to the anesthesiologists consideration, the convenience of performing the pre-anesthetic evaluation in a medical office, several days prior to surgery. Among the objectives are: special interest in building up, the patient physician relationship, since this constitutes the basic approaches such as physical examination, clinical history and above all human relationship, thus surgery implies fear and anxiety, specially anesthesia.

To accomplish this, we think that the anesthesiologist must organize his method and it is suggested taking a preanesthetic clinical history, and the one employed by the department of anesthesia of the Ob-Gyn Hospital No. 4 of the I.M.S.S. is a useful one. Explanations and directions for its application are given.

ES de gran importancia el examen pre-anestésico reviste para la selección y evolución posterior de la técnica anestésica, Un buen número de complicaciones transanestésicas

son previsibles y evitables si se realiza un examen preanestésico bien orientado y lo más completo posible.

Cada día infinidad de personas se someten a intervenciones quirúrgicas, lo que para ellas

*Jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S. México, D.F.

**Médico de Base del Servicio de Anestesiología del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S. México, D.F.

es un problema muy serio, independientemente de que su padecimiento sea grave o no. Las angustias de ello tienen importancia capital en su vida, y los anestesiólogos debemos recordar el gran temor que estas personas sienten hacia la anestesia.

Una de las partes cruciales de la medicina es la relación médico/paciente. Desde el punto de vista de la Anestesiología, ¿está presente esta relación?; ¿es realmente efectiva? Pensamos que sólo en pocos casos. Por otro lado ¿éticamente es correcto que la tarde anterior o unas horas antes de la cirugía se trate de llevar a cabo dicha relación? Pensamos que no. Si bien es cierto que la sagacidad del anestesiólogo maduro hace posible la evaluación pre-anestésica en forma breve y completa, también es cierto que con frecuencia se omiten datos importantes, que de soslayarse afectarán todo el proceso anestésico. Actualmente, con el poco tiempo disponible por el exceso de trabajo, privado, o institucional, el anestesiólogo no sostiene conversaciones detenidas con los pacientes y no efectúa correctamente la exploración física de los enfermos. De hecho a menudo la medicación preanestésica se ordena telefónicamente, o es prescrita por otros miembros del personal médico del hospital. De tal manera, la responsabilidad de la preparación psicológica, de la relación médico/paciente, la lleva la residente que con un poco de lectura sobre este capítulo, es enviado a reconocer a los enfermos que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Es frecuente que se considere al anestesiólogo como un recurso técnico auxiliar en la cirugía. Por eso afirmamos que el conocimiento integral de todo paciente que ha de ser sometido a un procedimiento quirúrgico, no se ha de limitar al cirujano, sino que el anestesiólogo debe tenerlo como obligación primordial, se trate de cirugía selectiva o de cirugía de urgencia.

En las instituciones de medicina social, en hospitales particulares y en sociedades médicas privadas de anestesiólogos, generalmente existe una Hoja Anestésica, que incluye la gráfica del desarrollo de la anestesia con las cantidades y porcentajes de drogas y agentes anestésicos que se utilizan; una especie de pequeña Historia Clínica, en la que se mencionan en forma sucinta, los principales datos clínicos y patológicos del paciente. En nuestra opinión resulta incompleta, ya que trata de llenar los aspectos pre, trans y postanestésicos en un espacio reducido como es el anverso y reverso de una hoja, en la mayor parte de los casos, tamaño carta.

Por lo expuesto anteriormente y con la inquietud por resolver esos problemas dise-

namos una forma de Historia Clínica Pre-anestésica que enfocará de manera amplia, todos los aspectos que interesan al Anestesiólogo y se solicitó a las Autoridades Médicas del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 del I.M.S.S. la apertura de un consultorio exclusivo del Departamento de Anestesiología, en el cual se llevará a efecto el examen pre-anestésico, una vez que ha sido programada la fecha de la cirugía. Esto permite establecer la relación médico/paciente a través del interrogatorio, la exploración física y sobre todo con el trato humano hacia las inquietudes del paciente, en el momento en que no existe la angustia que caracteriza el estado pre-operatorio inmediato.

En la literatura revisada no pudimos encontrar ningún artículo que presentara una Historia Clínica Pre-anestésica, de manera que el documento que exponemos aquí a los Anestesiólogos trata de ser sencilla en su llenado, completa en información y además práctica y concreta, ya que una vez efectuada, su lectura ocupará poco tiempo y aportará a cualquier anestesiólogo la información necesaria sin tener que revisar el expediente clínico del paciente.

Aunque esta Historia Clínica Pre-anestésica, es comprensible para todos los que ejercemos la Anestesiología, daremos algunas explicaciones del por qué se incluyen algunos datos en la forma que les exponemos.

Siguiendo la secuencia de cualquier Anamnesis, se aborda primeramente una ficha de filiación: edad, peso, talla (altura), y la tensión arterial medida en las posiciones supina, lateral derecha y lateral izquierda.

Siguen los Antecedentes Anestésicos Familiares en donde se inquiriere sobre Hipertermia Maligna, Miastenia, Porfiria y otras, ya que con frecuencia el Anestesiólogo no interroga sobre estas enfermedades genético-hereditarias, quizás por ser raras en nuestro medio, pero, esta rareza no justifica la manera alguna su omisión en el interrogatorio y sí nos reporta mucho beneficio, ya que al detectarse antecedentes de estos padecimientos, es posible tomar medidas profilácticas.^{9, 10, 13, 17, 20, 24 y 25.}

Los Antecedentes Anestésicos Personales, se subdividen en anestésicos general y locorreionales; son importantes porque de aquí podremos conocer la morbilidad postanestésica y consecuentemente, tratar de evitarla en el procedimiento anestésico quirúrgico que habremos de manejar.^{7, 29 y 30}

En los Antecedentes Personales no Patológicos están comprendidos los hábitos, ya que el paciente alcohólico o drogadicto presenta cierta resistencia a los agentes anestésicos. Es conveniente investigar alergias con el objeto de prevenirlas.^{3, 4 y 6}

La importancia de los Antecedentes Personales Patológicos es obvia; permite saber que el paciente tiene alguna patología agregada, y da información sobre el tiempo de evolución, y su estado al momento del examen preanestésico.^{1, 2, 14, 15, 16, 19, 23, 28, 35 y 36}

en el espacio referente a Medicamentos, se hace un análisis detallado del o los tratamientos médicos recibidos por el paciente, para prevenir posibles interacciones medicamentosas.^{4, 6, 18, 23 y 32}

El capítulo relativo a Antecedentes Obstétricos, permite la detección tanto de complicaciones obstétricas previas, (Toxemia, Eclampsia, Isoinmunización) como del estado del embarazo actual, normal o complicado, especificando el problema cuando se trate de este último.³¹

Desde el punto de vista de la Anestesiología el capítulo de la Exploración Física es importantísimo, se inicia con cabeza, en donde revisamos las partes óseas y las partes blandas; esto permite anticipar dificultades durante las maniobras de intubación traqueal. Se hacen esquemas de las piezas dentarias superiores e inferiores por medio de unos cuadros en donde se señalarán por siglas, caries (C), adoncia (A), prótesis (P) y las piezas afectadas.^{5 y 21}

en cuello se estudia el estado de la columna cervical, explorando su longitud y movilidad, así como las características de la tráquea, la tiroides y en su caso, plétora yugular.^{8, 12, 22, 25, 26}

Aparato respiratorio. Se debe explorar minuciosamente la ventilación que se basa en una función respiratoria correcta; otra de las

funciones vitales corresponde al corazón; frecuencia, ritmo y fenómenos agregados; thrill y cianosis.^{8, 11, 14, 16, 28 y 34}

La exploración de la columna vertebral reviste especial importancia, en pacientes que pudieran ser candidatos a procedimientos analgésicos anestésicos regionales, lo que permite prever dificultades técnicas o contraindicaciones por diversas causas; infecciones locales, desviaciones óseas, etc.³³

Continuamos con los Exámenes de Laboratorio y Gabinete, poniendo los comúnmente conocidos como pre-operatorios, más la Tele de Tórax y el ECG que se piden según normas o procedimientos de cada Departamento de Anestesia y un renglón de otros exámenes que serían específicos de alguna patología en especial.^{8, 16, 27 y 28}

Para terminar la Historia Clínica Pre-anestésica, se hace un resumen en donde se menciona el padecimiento actual, el diagnóstico preoperatorio, la operación proyectada, y el riesgo anestésico quirúrgico ASA. La medicación preanestésica también se incluye aquí con el objeto de no hacer demasiado papeleo y de que el anestesiólogo no pierda tiempo buscando en el expediente qué medicamentos se le ordenaron al paciente.

Todo profesional debe ser ordenado, y la mejor forma es siguiendo un método, lo que evitará confusiones y omisiones, redundando en la mejor asistencia médica para los pacientes. Con la Historia Clínica Pre-anestésica se obtendrán muchos beneficios. Posteriormente, se comunicarán en un trabajo prospectivo los resultados obtenidos en nuestro Hospital.

REFERENCIAS

1. ALDRETE, J.: *Hematologic Diseases. Anesthesia and Uncommon Diseases*. Katz and Kadis. Chapter 7, pag. 231. 1973. W.B. Saunders Company.
2. BRASTRON, R.D.; DEUTSCH, S.: *La anestesia y el riñón*. 1979. Salvat Editores.
3. BAYES, J.: *Asymptomatic Smokers: ASA I or II?* Anesthesiology. 76, 1982.
4. BEAVEN, M.A.: *Anaphylactoid Reactions to Anesthetic Drugs*. Anesthesiology. 55:3, 1981.
5. BISHOP, M.J.: *Epiglottitis in the adult*. Anesthesiology. 55:701, 1981.
6. CARANASOS, G.J.: *Reacciones a drogas e interacciones entre las mismas en el paciente quirúrgico*. Clínicas Médicas de Norteamérica. 6:1239, 1979.
7. DATTA, S. ET AL.: *Method of Ephedrine Administration and Nausea and Hypotension during Spinal Anesthesia for Cesarean Section*. Anesthesiology. 56:68, 1982.
8. DONLON, J.V. JR.: *Compromised Airway Management*. Curso Anual de Actualización en Anestesia. Memorias. 1982. pag. 213.
9. DUNDEE, J.W.; WYANT, G.M.: *Anestesia Intravenosa*. Pag. 117. Salvat Editores, 1979.
10. FITZGIBBONS, D.C.: *Malignant Hyperthermia Following Preoperative Oral Administration of Dantrolene*. Anesthesiology. 54:73, 1981.
11. GABEL, R.A.: *Effects of Anesthetic Drugs on Ventilatory Control*. 1982 ASA. Annual Refresher Course Lectures. pag. 115.
12. GORDON, R.: *Anesthetic management of patients with airway problems*. Int. Anesthesiol Clin. 10:37, 59; 1972.
13. GRONERT, G.A.: *Malignant Hyperthermia*. Anesthesiology. 53:395, 1980.
14. HARMAN, E.; LILLINGTON, G.: *Factores de riesgo pulmonar en cirugía*. Clínicas Médicas de Norteamérica. 6:1285, 1979.
15. HARPER, M.H.; COLLINS, P.: *Hepatic Injury Following Halothane*. Enflurane and Isoflurane Anesthesia in Rats. Anesthesiology. 56:14, 1982.
16. HARRISON, R.A.: *Pulmonary Function Tests: What do They Tell You?* 1982 ASA Annual Refresher Course Lectures. Pag. 113.
17. JACKSON, S.H.: *Genetic and Metabolic Disease*. Anesthesia and Uncommon Disease. Katz and Kadis. Chapter 1. pag. 10, 1973. W.B. Saunders Company.
18. JAMES, F.M.: *Interactions between obstetric medications and anesthetic agents*. 1982 ASA Annual Refresher Course Lectures. pag. 123.

19. KALLUS, F.T.: *Renal Function for the Anesthesiologist*. 1982 ASA Annual Refresher Course Lectures. pag. 126.
20. LEE, C. ET AL.: *Reversal of Dantrolene Sodium induced depression of Skeletal Muscle in the Cat*. *Anesthesiology*. 54:61; 1981.
21. LISMAN, S.R.; SHEPHERD, N.J.; ROSENBERG, M.: *A Modified Laryngoscope Blade for Dental Protection*. *Anesthesiology*. 55:190, 1981.
22. MESSICK, J.M., ET AL.: *Airway Management if Patients with Acromegaly*. *Anesthesiology*. 56:157, 1982.
23. MILLER, E.D.: *Hypertension and its significance to anesthesia*. 1982 ASA Annual Refresher Course Lectures. pag. 202.
24. MILLER, J.; KATZ, R.L.: *Muscle Diseases*. *Anesthesia and Uncommon Diseases*. Katz and Kadis Chapter 13. pag. 425, 1973. W.B. Saunders Company.
25. MUSHIN, W.W.: *Anestesia en enfermedades del Timo, Tiroides y Paratiroides*. *Anestesia General*. T. Cecil Gray. Tomo II. Capítulo 3. pag. 43. 1976 Salvat Editores.
26. PARRIS, W.C.V.; JOHNSON, A.C.: *Tracheomegaly*. *Anesthesiology*. 56:141, 1982.
27. ROBBINS, J.A.; MOSHLIN, A.I.: *Valoración preoperatoria del paciente sano*. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 6: 1137, 1979.
28. ROSE, R.D.; CORMAN, L.C.; MASON, D.T.: *Factores de riesgo cardíaco en pacientes sometidos a cirugía no cardíaca*. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 6:1265, 1979.
29. ROSENBERG, H., ET AL.: *Neurologic Changes During Awakening from Anesthesia*. *Anesthesiology*. 54:125, 1981.
30. LOESER, E.A.; STANLEY, T.H.; JORDAN, W. ET AL.: *Postoperative sore throat: influence of tracheal tubes: lubrication versus cuff desing*. *Can. Anesth. Soc. J.* 27:156, 1980.
31. SHNIDER, S.M.: *Anestesia Obstétrica*. Teoría y práctica actuales. 1972. Salvat Editores. Reinpresión 1973.
32. SOKOLL, M.D.; GERGIS, S.D.: *Antibiotics and Neuromuscular Function*. *Anesthesiology*. 1981, 55:148, 1981.
33. STANTON HICKS, M.D.A.: *Aplicaciones Clínicas de la Anestesia epidural*. *Clínica Anestesiológica*. 3:74, 1980. Salvat Editores.
34. STOELING, R.K.: *Autonomic Regulation of Cardiovascular Function*. 1982 ASA Annual Refresher Course Lectures. pag. 108.
35. WALT, L.F., ET AL.: *Perioperative Management of Diabetes Mellitus*. *Anesthesiology*. 1981. 55:104, 1981.
36. WHITE, V.A.; KUMAGAI, L.F.: *Consideraciones endocrinas y metabólicas preoperatorias*. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 6:1317, 1979.