

VALORACIÓ PREANESTÈSICA EN OBSTETRÍCIA

Realització:

Tomeu Ramis Bou

Pinar de Santos Maroto

Hospital Clínic. Barcelona

Desembre 2020

Revisió:

Susana Manrique Muñoz.

Hospital Vall d'Hebron.

Barcelona

Gener 2021

Introducció

Valoració preanestèsica programada

Valoració preanestèsica a la sala de parts

Bibliografia

INTRODUCCIÓ

Si bé les gestants són, en la majoria dels casos, dones joves i sanes i el part *per se* no és una situació patològica, avui en dia, a causa dels progressos en el diagnòstic i en el tractament de múltiples patologies, hi ha més dones que s'embarassen amb una càrrega de comorbiditat important (cardíaca, respiratòria, neurològica, endocrina, obesitat i d'altres). També ha augmentat l'edat de les gestants i hi ha més embarassos múltiples; tot això comporta un augment del risc matern i fetal. Així doncs, la valoració preanestèsica esdevé fonamental per a planificar les actuacions anestèsiques adequades orientades a preservar en tot moment el benestar matern i fetal; endemés, garanteix que es satisfacin els requeriments, ètics, legals i de seguretat per a la realització de l'anestèsia obstètrica

A l'avaluació preanestèsica s'obtindrà la informació clínica rellevant sobre la pacient embarassada i el seu fetus, el tipus de procediment a què es veurà sotmesa, així com les seves expectatives, dubtes i preguntes sobre els procediments anestèsics perinatals, s'elaborarà un pla anestèsic conjuntament i s'obtindrà i signarà el consentiment informat.

Aquesta avaluació es pot emmarcar en un despatx per a visites preanestèsiques reglades, en el cas de les pacients que seran sotmeses a cesària electiva o que presenten un embaràs d'alt risc matern i/o fetal. Es pot emmarcar, en canvi, a la sala de parts quan no és una pacient de risc i es troba en treball de part, ja sigui espontani o induït.

Tanmateix, també ens podem trobar a la sala de parts pacients de risc matern o fetal que no hagin estat valorades prèviament per un anestesiològ. En aquests casos en especial, resulta essencial que la comunicació entre professionals sigui el més fluida possible, per tal d'afavorir la seguretat de la pacient. Això és particularment important en situacions que incrementin el risc d'errors com són la càrrega assistencial intensa, el trobar-se fora de l'horari habitual o amb personal distint a l'habitual, situacions d'urgència, emergència o risc vital per la mare o pel fetus.

VALORACIÓ PREANESTÈSICA PROGRAMADA

Com en tot pacient que es sotmet a una cirurgia electiva, l'avaluació preanestèsica formal i programada és fonamental per a la seguretat de la pacient. Algunes d'aquestes valoracions es poden realitzar telemàticament, en gestants sanes. Assentarien indicació de valoració presencial la presència de patologies maternes rellevants, factors de risc o problemes anestèsics previs, complicacions obstètriques o que la pacient ho sol·licités així. Aquestes indicacions es troben més detallades a la taula 1.

Quan la valoració és presencial, a més de l'anamnesi cal realitzar una exploració física bàsica que hauria d'incloure, a més d'allò que sembli indicat al clínic ateses les circumstàncies particulars de la gestant, la mesura de constants vitals, l'avaluació de la via aèria i, si la tècnica anestèsica prevista és neuroaxial és convenient la inspecció de l'esquena de l'embarassada. Cal revisar la medicació que pren la pacient, ja sigui prescrita per un metge, presa per compte propi, o de l'àmbit de la terapèutica complementària.

Hem de ser especialment curosos amb l'avaluació de la via aèria en la pacient obstètrica, i, a més dels signes habituals, tenir en compte els factors específics de l'embarassada que poden implicar un maneig més difícil de la via aèria, com ara: edema d'orofaringe, hipertròfia mamària o augment de l'adipositat.

Excepte en els casos que es consideri necessari obtenir més exploracions complementàries, l'anàlítica rutinària que es fa a les gestants en el tercer trimestre ha de ser suficient, sempre que contingui al menys un hemograma, bioquímica bàsica (glucosa, creatinina, ionograma) i paràmetres d'hemostàsia (temps de protrombina, temps de tromboplastina parcial activada i, idealment, fibrinogen).

La part de l'entrevista dedicada a explicar el circuit assistencial anestèsic, les opcions disponibles, les seves indicacions i contraindicacions i els seus riscos i beneficis potencials no són només un requeriment ètic i legal sinó que també permeten a l'embarassada aclarir les seves concepcions sobre l'anestèsia del part o la cesària i ensems millorar la seva satisfacció i disminuir-ne l'ansietat. És recomanable entregar algun tríptic o document amb aquesta informació, per tal que pugui consultar-la o repassar-la. Avui en dia, i atesa la demografia de les sales de part de Catalunya, caldrà assegurar-se que aquests fulls estan disponibles en idiomes diferents del català (en funció de les particularitats sociològiques de l'àrea que s'atén). A aquest efecte, a la plana web de la secció d'obstetrícia de la *Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor* podem trobar fulls d'informació a la gestant en anglès, francès, rus, romanès, àrab, xinès i espanyol (<https://www.sedar.es/index.php/secciones/obstetricia/anexos-o>).

Un cop s'hagin resolt tots els dubtes de la gestant en torn al maneig anestèsic del part o la cesària i se li han especificat els riscos anestèsics personals que pugui tenir de forma detallada

i entenedora és fonamental i imprescindible plasmar aquesta entesa mitjançant la signatura del consentiment informat.

En cas que la indicació de valoració preanestèsica sigui per patologia materna, convindria realitzar-la en torn a la setmana 34 de gestació, mentre que en cas que es tracti d'una cesària electiva en una gestant sense patologia important es poden ajornar fins a les setmanes 36-39.

VALORACIÓ PREANESTÈSICA A SALA DE PARTS

A diferència de les gestants de la secció anterior, que van activament a la consulta d'un metge anestesiològ per a que les valorin, pel seu propi peu, en bones condicions i de manera tranquil·la, pausada i programada; la gestant que sol·licita analgèsia per al treball de part es troba amb tota probabilitat en un ambient aliè, amb dolor, ansietat i probablement en hores intempestives. Justament, en aquesta situació "límit" és especialment important que l'avaluació preanestèsica sigui el més acurada i concisa possible.

Així, l'anestesiològ que haurà de realitzar la tècnica anestèsica haurà de tenir en compte:

- Antecedents mèdics d'interès.
- Via aèria.
- Columna lumbar.
- Presència de factors que dificultin la tècnica.
- Presència de factors que contraindiquin la tècnica.
- Risc de cesària urgent.

Si bé el moment per a l'avaluació i l'establiment d'una relació metge-pacient empàtica i efectiva no sembla el més òptim, fins i tot en aquestes circumstàncies la gestant és capaç d'entendre la informació que li oferim i les preguntes que li plantegem. En casos de delegació o renúncia verbal, per angoixa manifesta o urgència, i si està clara la indicació, la informació pot no ser exhaustiva, però ha de ser suficient, intel·ligible i lleial. D'aquesta manera, haurem d'obtenir el consentiment informat signat tal com ho faríem en qualsevol altra pacient que s'hagués de sotmetre a una tècnica anestèsica de característiques similars; l'obtenció de consentiment informat explícit i escrit per a l'analgèsia neuroaxial del treball de part és indispensable.

En les situacions excepcionals de risc immediat i greu per a la pacient i/o el fetus (en la cesària emergent, per exemple) pot estar indicada la obtenció del consentiment informat per substitució o l'excepció de la seva exigència.

Per l'estructura organitzativa de la gran majoria de dispositius assistencials d'anestèsia obstètrica, no resultaria lògicament possible la realització de valoracions preanestèsiques reglades a totes les embarassades, així que pot resultar una bona idea donar-los accés a material informatiu com el que s'esmentava a la secció anterior (<https://www.sedar.es/index.php/secciones/obstetricia/anexos-o>). A més, es poden organitzar sessions informatives conjuntes.

En general, les recomanacions respecte les exploracions complementàries en l'avaluació preanestèsica programada són aplicables a aquella que es fa a la sala de parts en el moment que la gestant sol·licita l'analgèsia peridural. Existeix cert consens entre els experts en què, en cas que la gestant no tingui proves de coagulació recents però la resta de l'anàlisi del tercer trimestre sigui dins la normalitat i no tinguin cap estigma ni antecedents de diàtesi hemorràgica es pot realitzar l'analgèsia peridural sense posar-ne en risc la seguretat. Així i tot, en cas d'embarassades afectes de trastorns obstètrics que afectin l'hemostàsia, especialment la preeclàmpsia i la síndrome de HELLP, es consideren estrictament necessàries les proves de coagulació recents.

Valoració preanestèsica presencial	
<ul style="list-style-type: none"> • Patologia materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Malalties cardiovasculars • Malalties hematològiques i/ o tractament amb antiagregants i/o anticoagulants • Patologia espinal o neurològica i/o alteracions anatòmiques que dificultin la tècnica neuroaxial • Malalties hepàtiques / trasplantament • Malaltia renal / trasplantament • Obesitat
<ul style="list-style-type: none"> • Problemes anestèsics previs 	<ul style="list-style-type: none"> • Sospita de via aèria difícil • Patologia associada a la dificultat de ventilació • Dificultat prèvia, fallida o complicacions de l'anestèsia neuroaxial • Antecedents familiars o personals d'hipertèrmia maligna • Al·lèrgies a fàrmacs anestèsics o làtex
<ul style="list-style-type: none"> • Patologia obstètrica que pugui afectar el maneig anestèsic 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteracions de la inserció placentària • Cirurgia no obstètrica durant la gestació • Preeclàmpsia greu o síndrome HELLP

Taula I. Indicacions de valoració preanestèsica presencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Blanco Vargas D, Faura Messa A, Izquierdo Tugas E, Santa-Olalla Bergua M, Noguera Sopena M, Mañoso Noriego M. Evaluación preoperatoria «on line» frente a evaluación presencial: optimización de recursos. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012;59(7):350-356. doi:10.1016/j.redar.2012.05.039
2. Borràs R, Periñan R, Fernández C, et al. Algoritmo de manejo de la vía aérea en la paciente obstétrica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012;59(8):436-443. doi:10.1016/j.redar.2012.05.029
3. Hinova A, Fernando R. The preoperative assessment of obstetric patients. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(3):261-276. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.12.003
4. Garcia-Orellana M, Ariño P, Montes A, Arbones E. Valoración de la información educacional sobre analgesia obstétrica recibida en el tercer trimestre de gestación. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2015;62(9):542. doi:10.1016/j.redar.2015.02.001
5. Col·legi Oficial De Metges De Barcelona. El Consentiment Informat. *Quad la Bona Praxi.* 2008;(25):18. <http://issuu.com/comb/docs/praxi25?>
6. Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology.* 2012;116(3):522-538. doi:10.1097/aln.0b013e31823c1067
7. Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland. OAA / AAGBI Guidelines for Obstetric Anaesthetic Services 2013. *OAA / AAGBI Guidel.* 2013;(June):1-35.
8. Salaverria Gómez JL, Pérez Cámara, Belén (Hospital Universitario Donostia SS) *Evaluación Preanestésica En Gestantes.* SEDAR. Madrid; 2016.
9. Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, et al. *Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice.* Philadelphia: Elsevier; 2020.
10. Wijeyesundera DN, Finlayson E. Preoperative evaluation. In: *Miller's Anesthesia 9th Edition.* ; 2020:918-998. doi:10.1017/CBO9780511997426.002
11. Guasch E, Brogly N, Mercier FJ, et al. European minimum standards for obstetric analgesia and anaesthesia departments: An experts' consensus. *Eur J Anaesthesiol.* 2020;37(12):1115-1125. doi:10.1097/EJA.0000000000001362