

VISITA PREANESTÉSICA EN OBSTETRICIA

Carmen Fernández López de Hierro

Pinar de Santos Maroto

Hospital Clínic. Barcelona

Marzo 2013

La visita preanestésica de la gestante no está instaurada de forma generalizada, realizándose mayoritariamente durante el parto, en el momento previo a la realización de la analgesia/anestesia.

Las gestantes son en su mayoría mujeres jóvenes y sanas y el parto no es una situación patológica, sin embargo, con frecuencia la anestesia en la paciente obstétrica se realiza en una situación de urgencia sin tener apenas tiempo para realizar una evaluación de la gestante.

Actualmente, debido a los progresos en el diagnóstico y en el tratamiento de múltiples patologías, hay más mujeres que se embarazan con una patología médica importante (cardíaca, respiratoria, neurológica, endocrina y otras). También la edad de las gestantes ha aumentado, hay más embarazos gemelares y múltiples y es actualmente muy frecuente la obesidad en las embarazadas, al igual que en la población general; todo esto entraña un aumento del riesgo materno y fetal.

La gestante a la que se le va a realizar una cesárea de forma programada, precisa necesariamente de visita preanestésica. No podemos obviar que en las encuestas sobre mortalidad materna, la causa anestésica, aunque haya disminuido notablemente su incidencia, aún ocupa un lugar no despreciable como causa de muerte. Dentro de las causas anestésicas, el fallo en la intubación y la broncoaspiración son el motivo más frecuente de muerte, correspondiendo la mayor incidencia a la cesárea urgente bajo anestesia general.

La visita preanestésica de la embarazada tampoco se realiza de modo rutinario en otros países desarrollados. Así, la Guía Práctica para Anestesia Obstétrica de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), el *Practice Bulletin* del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Guía de la Asociación de Anestesiólogos Obstétricos de Reino Unido (OAA) aconsejan que únicamente en caso

de patología materna, se pueda solicitar al anestesiólogo una visita preanestésica. También recomiendan que antes de realizar un procedimiento anestésico el anestesiólogo realice una historia clínica que incluya la valoración de posible patología médica, historia obstétrica y un examen físico de la gestante.

Cuando una embarazada en trabajo de parto solicita algún tipo de analgesia el anestesiólogo debe realizar una historia clínica orientada, que debe comprender principalmente:

- Antecedentes médicos de interés
- Valoración de la vía aérea. Detección de vía aérea difícil
- Valoración de la columna lumbar
- En caso de obesidad, registrar el índice de masa corporal (IMC)
- Identificar factores que contraindiquen el bloqueo neuroaxial
- Identificar factores de riesgo de cesárea urgente

Por lo general se tratará de mujeres sanas a las que se les va a realizar analgesia epidural. Aunque cuando el parto está instaurado, y la mujer está sometida a un gran estrés físico y psíquico no es el momento ideal para la realización de la historia, hay estudios que aseveran que aún en estas circunstancias la mujer está suficientemente capacitada para entender y responder a las preguntas del anestesiólogo.

Si la gestante padece patología médica subyacente es obligado realizar visita preanestésica. En la visita se deben identificar los factores de riesgo anestésico, conocer el tratamiento médico que recibe y solicitar consulta con otros especialistas si se cree conveniente al igual que solicitar nueva analítica u otras pruebas que se crean necesarias. Una vez conocida la patología de la paciente se debe valorar que tipo de analgesia/anestesia es el más conveniente para ella y comentar con la paciente cuáles son las opciones anestésicas que se pueden emplear en el parto o cesárea. Tabla 1

En la visita es importante detectar los casos en que se prevea la posibilidad de tener que realizar una extracción fetal urgente en cuyo caso, al inicio del parto y siempre que no haya contraindicación a la ALR, se debe colocar precozmente un catéter en el espacio epidural con el objetivo de que ante una cesárea urgente se pueda realizar una anestesia epidural y evitar así la anestesia general.

En las encuestas sobre mortalidad materna se constata que en la mayoría de casos en los que ha habido un resultado de muerte no hubo una buena comunicación entre los especialistas que trataban a la paciente. De tales evidencias se extrae la necesidad de que haya fluida comunicación entre todos los profesionales que estén tratando a la gestante, sobre todo cuando se trate de gestantes con patología médica y/o obstétrica.

Dados los problemas organizativos y asistenciales que supondría para un servicio de anestesia obstétrica el realizar una visita preanestésica a todas las embarazadas, una posible solución será la realización de una visita colectiva de las gestantes con el anesthesiólogo. Es aconsejable el empleo de medios audiovisuales que detallen las posibles técnicas anestésicas que se pueden realizar en el parto. En esta visita conjunta, las embarazadas podrán resolver las dudas que tengan acerca de la analgesia que pueden recibir en el parto.

Todas las maternidades deberían contar con un folleto informativo sobre la analgesia para el parto, (fundamentalmente sobre la analgesia epidural) y de la anestesia para la cesárea, siendo deseable que la embarazada disponga del folleto antes del parto, para poder acceder a la información en mejores condiciones que las que se dan durante el parto. Dada la diversidad étnica de las gestantes es conveniente contar con una versión reducida de esta información escrita en varios idiomas.

El consentimiento informado del acto anestésico es obligatorio ante cualquier procedimiento anestésico y hay varios textos legales que regulan la obligación por parte del médico de obtener el consentimiento informado del paciente antes de cualquier intervención. El momento idóneo para obtener este consentimiento, como ya se ha comentado, es en la de visita preanestésica, pero si esta no se ha realizado se debe obtener en el momento de la valoración que se realiza durante el parto. Existe debate entre los anestesiólogos, acerca de si una mujer en trabajo de parto, sometida a dolor, posible falta de sueño y con el estrés psíquico que la situación comporta, tiene la suficiente capacidad de comprensión para entender las explicaciones que se le están dando y por tanto si está en condiciones de firmar el consentimiento informado. Sin embargo, son varios los estudios realizados sobre este punto, que afirman que la parturienta, aun en esta situación, está en condiciones de entender y poder firmar este documento.

Solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio de la gestante

La realización de pruebas complementarias rutinarias para la práctica de cualquier tipo de cirugía está actualmente desestimada y deben solicitarse en virtud de la edad, sexo, patología de base y agresividad quirúrgica.

A pesar de la disponibilidad de numerosos estudios que cuestionan la utilidad de las pruebas complementarias rutinarias solicitadas en el preoperatorio, no existen ensayos clínicos al respecto, sino únicamente series de casos, opiniones de expertos y guías clínicas. Las guías no diferencian a la gestante del resto de la población en este punto concreto.

En mujeres sanas, con gestación normal para someterse a cualquier tipo de cirugía, no está indicada la realización de electrocardiograma ni de radiografía de tórax, siendo suficiente la analítica habitual que se solicita en el tercer trimestre de la

gestación, que incluirá siempre hemograma con recuento plaquetario y pruebas de coagulación.

Por lo tanto, una paciente sometida a cesárea electiva sin antecedentes personales ni obstétricos de interés, cuyo embarazo ha transcurrido sin incidentes y cuya exploración física es normal, no precisa más pruebas complementarias que la analítica realizada en el tercer trimestre de la gestación.

En caso de patología de base previa o de patología obstétrica, se añadirán los parámetros analíticos necesarios en virtud de la misma: glucemia, creatinina, enzimas hepáticos, etc.

El electrocardiograma estaría indicado únicamente en casos de patología cardíaca previa o de aparición durante la gestación, o bien de la presencia de factores de riesgo que puedan conllevar patología cardíaca asociada (diabetes, insuficiencia renal, etc.).

La radiografía de tórax no está indicada a no ser que la paciente presente patología cardiorrespiratoria severa previa o de inicio en la gestación.

Analgesia epidural para trabajo de parto

Un caso especial es el de la gestante en trabajo de parto a quien se indica analgesia epidural y que no dispone de pruebas de coagulación inmediatamente antes de la realización de la misma.

Las guías y opiniones de expertos coinciden en que una analítica preoperatoria no está justificada en una embarazada con gestación normal, anamnesis y exploración física que descarten diátesis hemorrágica y con la analítica habitual del tercer trimestre sin alteraciones.

La literatura sugiere que las pruebas de coagulación pueden ser útiles en caso de parturientas con alteraciones hipertensivas de la gestación como preeclampsia, síndrome HELLP y otros procesos relacionados con coagulopatías.

BIBLIOGRAFIA

ASA Task Force on Obstetric Anesthesia.. 2006. Disponible en:
<http://www.asahq.org/publications.ASA>

Hawkins JL, Chang J, Palmer SK, Gibbs CP, Callaghan WM. Anesthesia-related maternal mortality in the United States: 1979-2002. *Obstet Gynecol.* 2011 Jan;117(1):69-74.

Hinova A, Fernando R. The preoperative assessment of obstetric patients. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010 Jun;24(3):261-76.

Fernández López de Hierro C. Visita preanestésica, pruebas preoperatorios, Consentimiento informado en la gestante. En *Anestesia y Analgesia Obstétricas*. Castaño Santa J, Castillo Monsegur J, Escolano F, Gallart Ll, Montes A, Samsó E ed. Madrid: Ergon, 2007: 83-92

ACOG Practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78:321-335

Rai MR, Lua SH, Popat M, Russell R Antenatal anaesthetic assessment of high-risk pregnancy: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2005 ;14(3):219-222

Saunders TA, Stein DJ, Dilger JP. Informed consent for labor epidurals: a survey of Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology anesthesiologists from the United States. *Int J Obstet Anesth.* 2006;15(2):98-103

De Riva N, Gomar C. Manejo de la vía aérea en la paciente obstétrica. En Fernández López de Hierro C, Gomar Sancho C ed. *Anestesia en la paciente obstétrica de alto riesgo*. Madrid: Rupem; 2006: 467-481.

Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. A Report by the American Society of Anesthesiologists. Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2002; 96:485-96.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Preoperative Tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10920/29094/29094.pdf>

Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force On Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* 2007; 106 (4): 843-863.

Guía SEDAR. Pruebas para la valoración preoperatoria y pruebas complementarias <http://demo1.sedar.es/index.php?option=content&task=view&id=7&Itemid=5>.

Guía SCARDT. Guía pràctica per a la sol.licitud de proves complementàries en el preoperatori. http://www.scartd.org/sap/guies/guies/def_files/sap_proves.pdf

García-Miguel FC, Serrano-Aguilar P G, López-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003; 362: 1749–1757.

Nathan N, Sol I, Vincelot A, Collet D, Granchamp P, David E. Un bilan biologique est-il nécessaire pour réaliser une ALR obstétricale chez une patiente dont l'interrogatoire et l'examen clinique sont strictement normaux? *Ann Fran Anesth Réanim* 2007; 76: 705–710.

Tabla 1.

-
- Indicaciones de realizar visita preoperatoria en la gestante.
 - Pacientes gestantes con patología médica y/o obstétrica.
 - Factores que entrañen riesgo de vía aérea difícil.
 - Obesidad mórbida o importante (IMC>30).
 - Gestantes que van a ser sometidas a una cesárea programada por patología
 - médica, obstétrica u otras causas
 - Siempre que la paciente lo solicite.
-