

VALORACIÓ I PREPARACIONS PREOPERATÒRIES DEL PACIENT PROGRAMAT PER A CIRURGIA DE LA CATARACTA

Grup de Protocols i Guies

Secció d'Avaluació Preoperatòria (SAP)

Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor

Autors: Drs. Juan Castaño Santa *, Jorge Castillo Monsegur * ,

Víctor Majoral Rojals *** Fernando Escolano Villén * , Miguel Castilla Céspedes**

* Servei d'Anestesiologia Hospital Mar-Esperança. Barcelona

** Servei d'Oftalmologia . Hospital Mar-Esperança. Barcelona

*** Servei d'Anestesiologia .CSU Bellvitge.

Coordinador del grup: Dr. Antonio Montero Matamala

Vicepresident de la SAP: Dr. Juan Castaño Santa

President de la SAP: Dr. Jaume Canet Capeta

2006

VALORACIÓ I PREPARACIONS PREOPERATÒRIES DEL PACIENT PROGRAMAT PER A CIRURGIA DE CATARACTES

La necessitat i beneficis de la valoració i preparacions preoperatòries han estat descrites detalladament en els objectius de la SAP: recollir informació sobre patologies associades i fàrmacs, planificar el tipus d'anestèsia i cures peroperatòries, informar el pacient i obtenir el consentiment informat. Les conseqüències són entre altres, millorar la qualitat, disminuir els costos i optimitzar el funcionament del bloc quirúrgic i unitat de cirurgia sense ingrés.

En aquest document ens centrarem en els aspectes específics del pacient programat per a cirurgia de cataractes.

La cirurgia de cataractes presenta característiques especials a causa del tipus de pacient (edat avançada, patologies associades, polifarmàcia, etc), tipus de cirurgia (mínimament invasiva sense repercussió sistèmica, poc dolorosa, etc), i tipus d'anestèsia (tòpica amb sedació o sense en la majoria dels casos i excepcionalment peri/retrobulbar o general). Pràcticament tots els pacients són intervinguts en règim ambulatori.

JUSTIFICACIÓ. EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

Els canvis en la cirurgia de la cataracta s'han produït molt ràpidament en els últims anys; no obstant, el procés anestèsic no ha experimentat els mateixos canvis en tots els Centres.

Per això, i donats els resultats de l'enquesta ANESCAT de la SCARTD, segons els quals la cirurgia de la cataracta suposa un 12 % de tota la cirurgia de Catalunya, la SAP proposa la següent actualització de l'avaluació i preparacions preoperatòries basada en l'evidència científica disponible amb els següents criteris:

- I Evidència almenys amb un estudi aleatoritzat i controlat
RECOMANACIÓ A.
- II Evidència d'estudis controlats ben dissenyats, però sense aleatorització
RECOMANACIO B.
- III Opinions d'autoritats prestigioses, basades en l'experiència clínica, estudis descriptius o informes de comitès d'experts
RECOMANACIO C.

1. PERSONAL I MATERIAL

La valoración preoperatoria es responsabilidad del Servicio de Anestesiología, que puede delegar en personal de enfermería la cumplimentación de los cuestionarios de salud, la estratificación del estado de salud de los pacientes, la supervisión de los tratamientos crónicos, solicitud de pruebas complementarias, e información general sobre la anestesia, la cirugía y el circuito organizativo. Todo ello requiere un funcionamiento protocolizado y la posibilidad de consultas rápidas y eficientes con el Servicio de Anestesiología. Grau de recomanació C (1,2).

El material és el mateix descrit per a la visita preoperatòria definit en les guies i protocols generals de la SAP

2. FULL PREOPERATORI

Consta de 3 parts:

2.1 Qüestionari

Un qüestionari és omplert pel pacient, familiars o metge de família i completat per

infermeria. La visita i el qüestionari han demostrat ser d'utilitat per a estratificar el risc anestèsic i indicar a la infermera els pacients que ha de consultar a l'anestesiòleg (3-4) (grau de recomanació A).

El contingut del qüestionari serà el següent:

- Edat, pes, talla, sexe, dia de la intervenció,
- Malalties associades, ASA,
- Medicació: Noms comercials i dosi. Destacar fàrmacs anticoagulants, antiagregants, antidiabètics, cardiovasculars, i broncodilatadors.
- Antecedents quirúrgics. Incidències anestèsiques i quirúrgiques, especialment cataractes.
- Al·lèrgies.
- Aspectes psicosocials: ansietat, claustrofòbia. Contraindicació CMA,
- Capacitat de comunicació: sordesa, demència, etc.

2.2 Exploració

- Freqüència cardíaca i pulsioximetria.
- Pressió arterial.
- Dispnea, ortopnea i tolerància al decúbit supí.
- Capacitat de comunicació i hipoacúsia.
- Tremolors.
- Exploració de la via aèrea: Mallampatti.

2.3 Proves complementàries

Hi ha evidència científica tipus 1 sobre que les proves complementàries rutinàries no aporten cap benefici; per tant, és un grau de recomanació A sol·licitar proves complementàries només quan el pacient les necessiti independentment de la intervenció. (5-7).

3. CONSIDERACIONS GENERALS

Les dades del qüestionari, exploració i proves complementàries serviran per a indicar el tipus d'anestèsia: tòpica, peri/retrobulbar o general, ambulatoria, etc.

Règim ambulatori.

Amb una adequada planificació, practicament tots els pacients programats per a cirurgia de la cataracta podran anar al seu domicili el dia de la intervenció quirúrgica.

3.2 Dejuni

Revisions sistemàtiques de la bibliografia on no es diferencia l'anestèsia general de la sedació indiquen com a recomanació tipus A: dos hores per a líquids i 6 hores per a sòlids (8-12).

En l'àmbit de l'anestèsia locoregional sense sedació per a cataractes, hi ha un nivell II-3 d'evidència per no recomanar el dejuni (13). El tractament especial dels diabètics s'exposa a continuació.

4. SITUACIONS ESPECIALS

4.1 Diabetis mellitus

Normalment es programa la intervenció a primera hora del matí en dejú i sense l'administració de la dosi d'insulina ni hipoglucemians orals. S'inicia la ingesta i medicació habitual immediatament després de la intervenció.

A tots els pacients se'ls mesura la glucèmia abans de la intervenció i sempre que s'observen símptomes d'hipo/hiperglucèmia. (nivell d'evidència II-3). (14).

4.2 Hipertensió arterial

La infermera mesura la pressió arterial de tots els pacients en la consulta preoperatòria.

Les xifres superiors a 160/100 les torna a comprovar vint minuts més tard. Si continuen igual, el pacient és remés al metge de família o al Servei d'urgències en casos d'hipertensions severes. Els pacients són aconsellats sobre l'actitud davant de la seva medicació antihipertensiva. Se'ls recorda que no obliden cap presa i porten tots els fàrmacs el dia de l'operació. Els diurètics s'en suspendran fins després de la intervenció.

4.3 Isquèmia miocàrdica. Altres cardiopaties

S'anota especialment els antecedents d'angina de pit o infart, el temps de l'últim episodi, medicació i capacitat funcional. La infermera realitza un ECG si no disposem d'un recent.

Es recorda als pacients i familiars que no deixen la medicació i que la porten el dia de l'operació. En cas d'infart recent, sospita de coronariopatia o una altra cardiopatia, es

posposa la intervenció i es deriven al cardiòleg. És essencial prevenir l'aparició de qualsevol episodi isquèmic peroperatori provocat especialment per un increment de l'ansietat. En aquest grup de pacients està indicada especialment la sedació.

4.4 Pacients tractats amb antiagregants i anticoagulants

No està justificada la retirada rutinaria dels antiagregants plaquetaris. Es prudente la interrupción de los anticoagulantes (con el adecuado tratamiento sustitutivo) en caso de ser necesarios bloqueos peri/retrobulbares; pero en caso de anestesia tópica y facoemulsificación pueden mantenerse con seguridad. Quant als anticoagulants mai es retiren en casos d'anestèsia tòpica o subtenoniana (grau de recomanació B) (15) i pels bloquejos peri-retrobulbars, fora prudent retirar-los.(recomanació C) (16).

4.5 Patologia respiratòria

Es valora fonamentalment la tolerància al decúbit supí. Excepcionalment es realitza una placa de tòrax: tos crònica en grans fumadors, sospita de pneumònia, etc...

Els processos aguts (la tos pot complicar la intervenció) són enviats al metge de família o Servei d'urgències. A tots els pacients se li mesura la Saturació d'oxigen basal per pulsioximetria.

4.6 Hepatopatia

Es fa constar en el qüestionari si hi ha antecedents d'hepatopatia, especialment hepatitis per a aplicar les mesures de protecció habituals. Només es fa analítica en algun cas de cirrosi.

4.7 Pacients neurològics

4.7.1. Demència.

Si no és possible la intervenció sota anestèsia tòpica, amb sedació o sense, l'anestesiòleg junt amb l'oftalmòleg i familiars valoren el risc/benefici de la intervenció sota anestèsia general.

4.7.2. Malaltia de Parkinson

Es valora la localització i intensitat de les tremolors, així com el tractament mèdic i la possibilitat de millorar-lo. Pràcticament en tots els pacients pot evitar-se l'anestèsia general administrant sedació i en algun cas fixant el cap a la taula del quiròfan.

4.7.3. Epilèpsia

S'anotarà detalladament els antecedents de crisis epilèptiques i tractament complet. És fonamental insistir que no es deu deixar cap dosi de les habituals per desinformació, oblit, dejuni, etc. La sedació està especialment indicada en aquests casos.

5. PREMEDICACIÓ

5.1 Sedació preoperatòria

Excepte en certs pacients psiquiàtrics i d'edat molt avançada, generalment s'administra una benzodiacepina oral abans de l'operació. Hi ha evidència que l'ansiolisi farmacològica preoperatòria millora l'estat del pacient per a afrontar la intervenció (evidència B) (17-18) i disminueix la resposta a l'estrès. (evidència B) (19-20).

Quant a la via d'administració no hem trobat evidència conclouent; sembla que la via oral és preferida pels pacients i s'acompanya de menys episodis adversos (evidènciaB) (21-22).

5.2. Medicació habitual.

S'informarà bé als pacients sobre la seva actitud davant de la medicació, especialment la

cardiovascular, antidiabètics, broncodilatadors, anticoagulants i antiagregants. Els diurètics s'administraran després de la Intervenció. La suspensió dels alfablocants es farà per indicació de l'oftalmòleg i amb coneixement de l'uròleg. (23)

5.3. Profilaxi antibiòtica i tromboembòlica

No és necessària la prevenció farmacològica de l'endocarditis bacteriana ni de la trombosis venosa.

6. INFORMACIÓ AL PACIENT I CONSENTIMENT INFORMAT.

La informació serà sobre les característiques específiques de la cirurgia de la cataracta:

anestèsia local en decúbit supí, de curta duració, però sense poder canviar de postura.

Se li sedarà si fos necessari. Se li informará sobre la medicació i dejuni i se li assegurarà que durant tot el procés intraoperatori estarà vigilat i tractat per un metge anestesiològic. Compresa la informació, s'obté el consentiment informat.

0 BIBLIOGRAFIA

1. The Royal College of Anaesthetists and The Royal College of Ophthalmologists. Local Anaesthesia for Intraocular Surgery. 2001.
2. Castaño Santa J, Castillo J, Gómez M, Santiveri X, Escolano F. A nurse led preanaesthetic clinic with the participation of the General Practitioner. Eur J Anaesthesiol 2004;21(S32):13.
3. Reeves SW, Tielsch JM, Katz J, Bass EB, Schein OD, A self – administered health questionnaire for the preoperative risk stratification of patients undergoing cataract surgery. Am J Ophthalmol 2003; 135 (5): 599-606
4. Hilditch WG, Asbury AJ, Jacke, McGrane S. Validation of a pre-anaesthetic screening questionnaire. Anaesthesia 2003; 58:874-7.

5. Schein OD, Katz J, Bass EB, Tielsch JM, Lubomski LH, Feldman MA, et al. The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. Study of Medical Testing for Cataract Surgery. *N Engl J Med* 2000;342(3):168-75.
6. Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoidelli GL. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review: (La valeur des radiographies pulmonaires de depistage preoperatoire: une revue systematique). *Can J Anaesth* 2005; 52 :568-74.
7. Castaño Santa J, Santiveri X, Castillo J, Escolano F. Preoperative ECG alterations in cataracts patients. *Eur J Anesthesiol* 2004. 21 (S32):12
8. Morris E A, Mather SJ,. A survey of preoperative fasting regimens before regional ophthalmic anaesthesia in three regions of the United Kingdom. *Anaesthesia* 199; 54 (12): 1216-9
9. Spies CD, Breuer JP, Gust R, Wichman M, Adolph M, Senkal M et al (Preoperative fasting . An update). *Anaesthesist* 2003; 52 (11): 1039-45.
10. Ljungqvist O, Soreide E, Preoperative fasting. *Br J Surg* 2003; 90 (4): 400-6.
11. Brady M, Kinn S, Stuart P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane database Syst Rev* 2003 (4): CD004423.
12. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: a report by the American Society of Anaesthesiologist Task Force on Preoperative Fasting, *Anesthesiology* 1999; 90 (3): 896-905.
13. Maltby JR, Hamilton RC. Preoperative fasting guidelines for cataract surgery under regional anaesthesia. *Br J Anaesth* 1993; 71 (1):167.
14. Kollarits CR, Kendrick RM, Guess M. Perioperative treatment of patients with diabetes having eye surgery with local anesthesia in an ambulatory facility. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2004; 35(3):185-8.

15. Katz J, Feldman MA, Bass EB, Lubomski LH, Tielsch JM, Petty BG et al. Risks and benefits of anticoagulant and antiplatelet medication use before cataract surgery. *Ophthalmology* 2003;110 (9):1784-8.
16. Konstantatos A. Anticoagulation and cataract surgery : a review of the current literature. *Anaesth Intensive Care* 2001; 29(1):11-8.
17. Boezaart Ap, Berry RA, Laubscher JJ, Nell ML. Evaluation of anxiolysis and pain associated with combined peri and retrobulbar eye block for cataract surgery. *J. Clin Anesth* 1998; 10(3):204-10.
18. Harman DM. Combined sedation and topical anesthesia for cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 2000; 26 (1):109-13.
19. Kiefer RT, Weindler J, Ruprecht KW. The endocrine stress response after oral premedication with low dose midazolam for intraocular surgery in retrobulbar anaesthesia. *Eur J Ophthalmol* 1998;8(4):239-45.
20. Omaque I, Carrero E, Villalonga A, Roux C, Salvador L: Estudio de la ansiedad preoperatoria en cirugías urológica, ginecológica y oftálmica tras la administración o no de premedicación con ansiolíticos. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2000;(4):151-6.
21. Katz J, Feldman MA, Bass EB, Lubomski LH, Tielsch JM, Petty BG, et al. Adverse intraoperative medical events and their association with anesthesia management strategies in cataract surgery. *Ophthalmology* 2001;108(10):1721-6.
22. Friedman DS; reeves SW, Bass EB, Lubomski LH, Fleisher LA, Schein OD. Patient preferences for anaesthesia management during cataract surgery. *Br J Ophthalmol* 2004,88(3);333-5 .

23. Chang DF, Campbell JR. Intraoperative floppy iris associated with tamulosin. J Cataract Refract Surg 2005 (14):664-73