



# CONDICIONES Y ENFERMEDADES QUE REQUIEREN ENVÍO ANTENATAL AL ANESTESIÓLOGO

Dr. José Luís Soriano  
Dr. Juanjo Ruiz Talaero

Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor  
Consorcio Hospital General Universitario  
Valencia

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada  
Valencia 22 de Septiembre de 2009

# Situación actual

- Vía clínica analgesia obstétrica
- Semana 32 entrega Consentimiento y cuestionario autocompletable.
- Ginecólogo deriva sólo “pacientes de riesgo”.
- Oferta analgesia obstetrica a todas las pacientes con cobertura cercana al 90%

# OAA: Guidelines

- Información antenatal.
- Guías para derivar a la consulta.
- Establecer un circuito para asegurar que estas pacientes sean atendidas por anestesiólogo.

OAA Services and Standards  
[www.oaa.org](http://www.oaa.org)

# PREANESTESIA

“Cualquier paciente programado para cirugía electiva, debe ser evaluado por el anesthesiólogo en el periodo preoperatorio...”.

Consulta de Preanestesia. Manual de procedimientos.

**SARTD - HGUV**

# OBJETIVOS ESPECÍFICOS

“Reducir al máximo la morbilidad asociada con la cirugía y la administración de la anestesia”.



- Optimizar el estado de salud del paciente antes de la cirugía.
- Planear manejo perioperatorio más adecuado.

Consulta de Preanestesia. Manual de procedimientos.

**SARTD - HGUV**

# OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Seleccionar y optimizar recursos.
- Detección de pacientes de alto riesgo.
- Informar y Obtener el consentimiento.
- Aliviar la ansiedad.

Consulta de Preanestesia. Manual de procedimientos.

**SARTD - HGUV**

# VALORACIÓN PREANESTÉSICA DE LA GESTANTE

- Enfermedades sistémicas ≈ no obstétrica
- Enfs. neurológicas → Valoración neurólogo <sup>(1), (2)</sup>
  - Epidural / intradural (?) <sup>(3), (4), (5)</sup>
  - Epilepsia → Valproato <sup>(6)</sup>
- Mallampati ↑
- Valoración de alternativas (opiáceos) <sup>(7), (8), (9), (10), (11)</sup>

# Gestantes de Riesgo muy elevado

- Gestación múltiple.
- Malformación uterina.
- Patología asociada grave.
- Diabetes pregestacional.
- Malformación fetal.
- Preeclampsia.

[www.sesgo.com](http://www.sesgo.com)



# MORBI MORTALIDAD

- Enf. Tromboembólica
- Hemorragia
- HTA
- Cardiopatías

# Enfermedad Tromboembólica

## TRIADA DE VIRCHOW

### ESTASIS VENOSO

- ↑ Estrógenos
- ↑ Volumen plasma
- Compresión cava

### HIPERCOAGULABILIDAD

- ↑ Factores procoagulantes
- ↓ Fibrinólisis
- ↓ Prot. C, S y Antitrombina III

### LESIÓN VASCULAR


- Preeclampsia

## Tratamiento HBPM

*Manejo de la paciente obstétrica con tromboprolifaxis y tratamiento de la hemorragia mayor (noviembre 2009). Dr. Juan Catalá Bauset Dra. Rosa Sanchis*

# Hemorragia

- Placenta previa
- Placenta accreta
- Desprendimiento prematuro de placenta
- > 2 cesáreas previas
- Sepsis
- Coagulopatía o plaquetopenia
- Legrado urgente
- Embarazo ectópico con cirugía urgente



2 UNIDADES DE  
SANGRE EN EL  
BANCO

*Protocolo de Anestesia en dilatación y parto de la paciente que desarrolla hemorragia obstétrica (octubre 2009). Dra. Paula Bovaira Forner Dr. José Miguel Esparza Miñana.*

# Hipertensión y embarazo

## HTA GESTACIONAL

- HTA sin signos de preeclampsia
- Normal tras 10 días.
- Recurrente.
- Riesgo de HTA crónica.

## RIESGO DE PREECLAMPSIA

- Primíparas
- Antecedentes de preeclampsia-eclampsia
- Enfermedad hipertensiva o renal preexistente
- Diabetes Mellitus
- Gestación múltiple
- Polihidramnios
- Mola hidatiforme
- Hidrops fetal
- Trisomía 13

*Protocolo de Anestesia en dilatación y parto de la paciente que desarrolla preeclampsia y eclampsia (octubre 2009). Dra. Luisa Sapena Dra. Lourdes Navarro .*

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 22 de Septiembre de 2009**

# Cardiopatías

## FACTORES DE RIESGO:

- NYHA clase > II
- FE < 40%
- Lesiones obstructivas izquierdas
- Arritmia con repercusión clínica
- Ictus previo

*Protocolo de anestesia en dilatación y parto de la paciente cardiópata.*

Dra. Lucrecia Blasco; Dra. Marta Londoño Parra.

# CIRCUITO DE PREANESTESIA PROPUESTO

Información



Visita preanestésica



Obtención consentimiento

# Analgesia Epidural del Parto

Servicio de Anestesiología, Reanimación y  
Terapéutica del Dolor

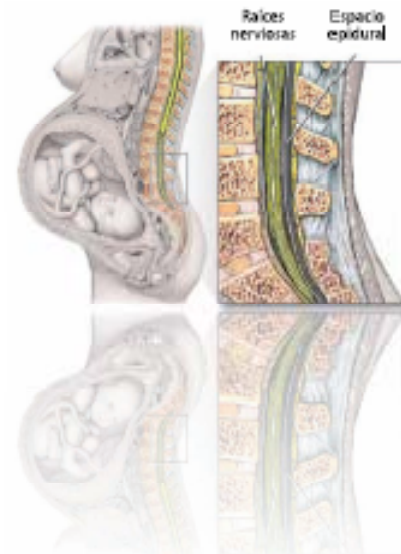


CHG  
CONSORCIO  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



AGÈNCIA  
VALENCIANA  
DE SALUT

Departamento de Salud - Hospital General



## RECUERDE

- Aporte el cuestionario y la analítica a su ingreso en el hospital.
- Rellene el cuestionario de preanestesia adjunto.
- Podrá consultar las dudas que tenga al anestesiólogo.
- Lea atentamente esta información.

### ¿Quién administra la Epidural?

- El Anestesiólogo, un médico especialista.

### ¿Qué es la analgesia Epidural?

- Es actualmente la forma más segura y eficaz de aliviar el dolor durante todo el proceso del parto.
- Consiste en la administración de anestésicos locales y otros fármacos en el espacio epidural.

### ¿Cuándo me la administrarán?

- La epidural se administra cuando el parto se encuentra en el "período activo", aproximadamente a partir de 3cm de dilatación.

### ¿Cómo se administra?

- Se introduce un catéter en este espacio mediante una aguja especial.
- Previamente se habrá desinfectado la zona de piel correspondiente.

### ¿Qué notaré?

- La punción no es dolorosa, mediante una pequeña inyección se dormirá el lugar de la punción.
- Puede notar algún pequeño calambre en las piernas.
- Cuando empiece a hacer efecto notaré las contracciones pero no serán dolorosas, pudiendo mantener la fuerza.

En el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia estamos trabajando para poder ofrecer la analgesia epidural a las madres que lo soliciten, para ello necesitamos que lea atentamente esta información y cumpla las instrucciones que en él se contienen.

El Área de Obstetricia está sometida a las necesidades de todas las mujeres embarazadas y las urgencias que pudieran requerir, si el anestesiólogo es requerido para alguna urgencia esto podría demorar o imposibilitar la administración de la analgesia epidural.

### ¿Desaparecerá por completo el dolor?

- El objetivo es hacer el parto lo más cómodo y seguro posible. Pero un alivio total de todas las sensaciones no es lo mejor.
- Notará un alivio significativo del dolor y seguirá sintiendo un poco de presión durante las contracciones.
- El anestesiólogo ajustará el grado de pérdida de sensibilidad.
- Es frecuente llegar a notar un cierto grado de adormecimiento o debilidad temporal en las piernas.

### ¿Qué complicaciones tiene?

- **Tensión baja**, se previene mediante la administración de goteros.
- **Escalofríos**, aparecen sólo en algunas mujeres, su causa es desconocida y desaparecen solos.
- **Dolor de cabeza**, aparece sólo en el 2% de los casos y desaparece con el reposo y tratamientos específicos.
- **Dificultad para orinar**, ocurre en las primeras horas tras el parto y sólo en algunas madres, se alivia mediante un sondaje transitorio.
- **Dolor de espalda**. Pueden aparecer molestias transitorias que en la mayoría de los casos no están relacionadas con la analgesia epidural.

### ¿Tiene efectos sobre el parto o el bebé?

- Es la técnica más segura para el bebé.
- No modifica la evolución del parto.

### ¿Podré empujar?

- La analgesia epidural le permite descansar durante el momento más largo del parto, la dilatación.
- En el momento de empujar usted será capaz de hacer fuerza cuando se lo indique su comadrona aunque no sienta el impulso de hacerlo.

### ¿Qué tengo que hacer para solicitarla?

- Cuando llegue al hospital comuníquelo a la enfermera de la planta y cuando llegue al partorio a su matrona y/o ginecólogo.
- Deberá aportar una analítica reciente que incluya pruebas de coagulación.
- Si no ha sido citada para una visita con el anestesiólogo rellene el cuestionario de preanestesia que encontrará junto a este tríptico y tráigalo el día del parto.

### ¿Y si no quiero epidural?

- La epidural es solo una opción. Cuando llegue al partorio comunique que no desea la analgesia epidural.
- Otras alternativas para controlar el dolor durante el parto son las "técnicas de respiración y relajación" y la administración de analgésicos por vía intravenosa o intramuscular.

Existen complicaciones más graves que son realmente excepcionales como el paso del medicamento directamente a una vena o al espacio de la médula espinal. En estos casos se podría producir pérdida de conciencia o de la fuerza para respirar, el anestesiólogo cuenta con los medios necesarios para tratarlo inmediatamente.



# Visita Preanestésica

- Cita de TODAS las pacientes tras eco 32.
- Salón de actos.
- Información global.
- Turno de preguntas generales.
- Cuestionario y Consentimiento informado.
- Firma y validación por anesthesiólogo.
- VPA reglada si cumplen criterios previos.



CONSORCIO  
HOSPITALARIO DE  
VALENCIA  
SERVICIO ANESTESIOLOGÍA,  
REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA  
DEL DOLOR

## ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO CUESTIONARIO PREANESTÉSICO

Nombre y Apellidos: .....

Código: ..... N.º HC: .....

Fecha: ..... Reserva de Propiedad Intelectual

Antes de realizar este cuestionario lea atentamente el formulario de consentimiento informado y el tríptico informativo que le han entregado con él.  
Al contestar a las siguientes preguntas usted nos da una información muy útil tanto para la realización de la **Analgesia Epidural del Parto**, como para otras técnicas anestésicas. Por favor marque con una cruz la respuesta (SI o NO) que le parezca más adecuada a cada pregunta. Si le resulta difícil contestar a las preguntas pida ayuda al personal médico o de enfermería. Si a pesar de ello no está seguro de la respuesta déjela sin marcar. Tenga en cuenta que en la entrevista previa a la **Analgesia Epidural del Parto** podrá preguntar a anestesiólogo responsable de su procedimiento cualquier duda que tenga.

Edad: ..... años. Peso: ..... Kg. Altura: ..... cm.

Medicamentos que toma: .....

Operaciones anteriores: .....

TABLA 1	
¿Tiene alergia al LÁTEX o productos de goma?.....	S NO
¿Tiene diabetes?.....	S NO
¿Es usted hipertensa/a?.....	S NO
¿Ha tenido problemas en anestésias previas?.....	S NO
¿Sufre de enfermedades del corazón diagnosticadas o en tratamiento.....	S NO

Si ha contestado SI a alguna pregunta del cuadro anterior (TABLA 1) termine el cuestionario, comuníquelo al entregar la documentación y será citada en la visita preanestésica para completar el estudio.

TABLA 2	
¿Es usted epiléptica/a o ha sufrido problemas cerebrales?.....	S NO
¿Tiene usted asma, bronquitis u otro problema pulmonar?.....	S NO
¿Ha tenido usted enfermedades del hígado?.....	S NO
¿Sufre usted enfermedades de los riñones?.....	S NO
¿Tiene problemas de tiroides?.....	S NO

Si ha contestado SI a dos o más preguntas de recuadro anterior (TABLA 2) termine el cuestionario, comuníquelo al entregar la documentación y será citada en la visita preanestésica para completar el estudio.

ALERGIAS A MEDICAMENTOS.....	S NO
Otras alergias (polvo, pelo, alimentos...).....	S NO
Usa lentes de contacto.....	S NO
¿Tiene dientes flojos, partidos, postizos o puentes?.....	S NO
¿Tiene usted algún familiar que haya tenido problemas con la anestesia?.....	S NO
¿Fuma? Nº cigarillos / día:..... Fecha que dejó de fumar:.....	S NO
¿Consumo usted alcohol?.....	S NO
¿Consumo usted drogas?.....	S NO
¿Tiene problemas de espalda?.....	S NO
¿Tiene dolores de cabeza?.....	S NO
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas.....	S NO
¿Ha sufrido úlceras o problemas de estómago?.....	S NO
¿Tiene usted hernia de hiato?.....	S NO
¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad importante que no haya mencionado?.....	S NO
¿Cuál?.....	

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

FECHA Y FIRMA: .....

# VPA PACIENTE GESTANTE

- **HISTORIA CLÍNICA**
  1. Datos antropométricos
  2. Antecedentes familiares
  3. Antecedentes anestésicos
  4. Historia obstétrica
    - Antecedentes obstétricos
    - Estado actual del embarazo
    - Trastornos inducidos por la gestación
  5. Patologías coexistentes

# VPA PACIENTE GESTANTE

- **EXPLORACIÓN FÍSICA**

1. Exploración de la vía aérea <sup>(12)</sup>
2. Exploración de la columna lumbar
3. Exploración cardiovascular

# VPA PACIENTE GESTANTE

## Hallazgos fisiológicos del examen físico durante el embarazo

- Taquicardia
- ↑ de la PA diferencial
- Ingurgitación yugular
- Disminución murmullo vesicular en bases
- Subcrepitantes
- Desplazamiento latido cardíaco
- Aumento intensidad del segundo ruido
- Soplo sistólico pulmonar
- Tercer ruido
- Soplo diastólico paraesternal izquierdo

# VPA PACIENTE GESTANTE

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

1. **Analítica (13), (14), (15)**

- **Grupo sanguíneo, Rh y Coombs**
- **Serologías básicas**
- **Glucemia y curva de glucemia**
- **Hematocrito y hemoglobina (cada trimestre)**
- **Recuento plaquetario y coagulación (3er trimestre)**

2. **ECG**

- **Eje hacia la izquierda**
- **Aumento amplitud QRS**
- **Taquicardia sinusal**
- **Alteraciones repolarización**

3. **Rx tórax: sólo casos necesarios**

- **Horizontalización corazón**
- **Flujo pulmonar aumentado**

# PREVISIÓN

- Mejora de información a las pacientes.
- ↑ Consentimientos y Cumplimentación VPA.
- Detección y optimización pacientes de riesgo.
  
- No cubrirá la totalidad de las pacientes.

# Gestantes fuera del protocolo

- Información previa disponible (tríptico)
- Obtención del CI el mismo día.
  - Vía Clínica.
  - Ley 1/2003 diferencia información de consentimiento.





- (1) Parity and secondary progression in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009 Jun;80(6):676-8.
- (2) (2) Multiple sclerosis and reproductive risks in women. *Reprod Sci*. 2008 Oct;15(8):755-64.
- (3) Anesthetic management of an obstetric patient with MELAS syndrome: case report and literature review. *Int J Obstet Anesth*. 2008 Oct;17(4):370-3. Epub 2008 Aug 8.
- (4) Regional anaesthesia for labor and delivery in a parturient with neuropathy with liability to pressure palsy (tomaculous neuropathy). *Ann Fr Anesth Reanim*. 2004 Oct;23(10):1011-4.
- (5) Worsening of neurologic symptoms after epidural anesthesia for labor in a Guillain-Barré patient. *Anesth Analg*. 2004 Mar;98(3):825-7, table of contents.
- (6) Pregnancy and epilepsy: what should we tell our patients? *J Neurol*. 2009 Jun;256(6):856-62. Epub 2009 Mar 1.
- (7) Update on some aspects of the use of epidural analgesia in labour. *Int J Clin Pract*. 1999 Sep;53(6):418-20mm.
- (8) Update on epidural analgesia during labor and delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1993 May;49(3):147-53.
- (9) Contraindications to regional anaesthesia in obstetrics: a survey of German practice. *Int J Obstet Anesth*. 2007 Oct;16(4):328-35. Epub 2007 Aug 14.
- (10) Spinal and epidural anaesthesia for caesarean section in patients with pre-eclampsia. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2007 Mar;42(3):200-7.

(11) Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanyl. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiol Belg.* 2009;60(2):75-82.

(12) Airway changes during labor and delivery. *Anesthesiology.* 2008 Mar;108(3):357-62.

(13) Is a biological assessment necessary to realize an obstetrical epidural anaesthesia in a patient whose interrogation and clinical examination are strictly normal? *Ann Fr Anesth Reanim.* 2007 Jul-Aug;26(7-8):705-10. Epub 2007 Jun 28.

(14) Uneventful epidural labor analgesia in a parturient with immune thrombocytopenic purpura and platelet count of 26,000/mm<sup>3</sup> which was unknown preoperatively. *J Clin Anesth.* 2004 Feb;16(1):51-3.

(15) Safe epidural analgesia in thirty parturients with platelet counts between 69,000 and 98,000 mm<sup>3</sup>. *Anesth Analg.* 1997 Aug;85(2):385-8.