

INFORMAZIONI SULL'ANESTESIA



U.O.C. Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva-P.O."SS.Annunziata"

C.S. "Medicina Perioperatoria, Emergenza Intraospedaliera, Terapia del dolore e Terapia Intensiva" DEA
ASL 2, Lanciano-Vasto-Chieti

Direttore: Prof. Salvatore Maurizio Maggiore

Responsabile UOS Anestesia: Dott. Ivan Dell'atti

Telefono 0871.358336 - 0871.358404

INDICE

Chi è l'anestesista rianimatore

A cosa serve la visita anestesiologica

Cos'è l'anestesia

- Locale
- Sedazione
- Anestesia generale
- Anestesia locoregionale: subaracnoidea, epidurale plessica

Complicanze comuni a tutti i tipi di anestesia:

- anestesia generale e/o sedazione
- anestesia locoregionale

Terapia Intensiva post-operatoria

- Cosa deve fare il paziente?
 - prima dell'intervento
 - dopo l'intervento
 - in caso di dimissione nella giornata dell'intervento (Day Surgery)
- Terapia del dolore post operatorio

CHI È L'ANESTESISTA RIANIMATORE

L'anestesista è un **medico specialista in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore**. Il suo compito anestesiologico, che si sviluppa durante tutto il percorso chirurgico, è da un lato quello di governare la fase intraoperatoria, offrendo un adeguato piano di anestesia generale e/o locoregionale e dall'altro quello di contribuire a gestire in sicurezza le cure, controllando in Sala Operatoria che tutte le funzioni del paziente si mantengano entro livelli di normalità, monitorando quelle vitali e intervenendo con terapie farmacologiche e strumentali ogni volta sia necessario. Questo controllo viene fatto anche con vari strumenti che permettono di conoscere e registrare continuamente le condizioni respiratorie, cardiocircolatorie, renali, neurologiche e di termoregolazione; talvolta, soprattutto durante interventi prolungati o a rischio, diventa necessario ricorrere anche a specifici esami intraoperatori. Valutando la condizione di partenza di ogni paziente in relazione allo specifico programma di cure e poi la risposta dell'organismo all'intervento, è questo specialista a definire il livello di cure necessarie dopo l'intervento, sia in area di risveglio che indicando un eventuale ricovero in Terapia Intensiva (o altrimenti detta Rianimazione).

A COSA SERVE LA VISITA ANESTESIOLOGICA?

La visita anestesiologica serve al paziente per conoscere il piano anestesiologico proposto per l'intervento ed il rischio; paziente e familiari possono colloquiare con il medico anestesista, che è sempre uno specialista, talvolta affiancato da un medico in formazione specialistica. La valutazione serve al medico anestesista per conoscere il paziente e i suoi familiari, per approfondire l'analisi delle sue patologie e per informare su tutto ciò che succederà in Sala Operatoria, chiarendo dubbi e informando riguardo al tipo di anestesia e alle attenzioni utili per affrontare al meglio il periodo pre, intra e postoperatorio.

Dall'anamnesi, dalla visita clinica e dalla verifica degli esami di laboratorio il medico anestesista valuta:

- l'idoneità del programma proposto per quel paziente in relazione all'intervento chirurgico ed alle alternative tecniche;
- la necessità di indagini diagnostiche utili a verificare le condizioni cliniche, come la funzione del rene, del fegato, dei polmoni, della coagulazione, del compenso idro-elettrolitico o utili a prevedere come far fronte a eventuali perdite di sangue e plasma;
- il rischio clinico in base allo stato del paziente, al programma chirurgico e anestesiologico (rischio perioperatorio), esprimendo un giudizio e informando il paziente e compilando con questi dati la cartella anestesiologica.,

Durante la visita anestesiologica vengono quindi illustrate le possibili tecniche anestesiologiche per il caso specifico, in relazione al tipo di intervento, alla storia clinica e alle caratteristiche del paziente.

Al termine della visita, il medico anestesista acquisisce il Consenso informato dal paziente dopo aver fornito adeguate informazioni sui rischi e sui benefici associati alle procedure anestesiologiche e registra eventuali dissensi.

Infine fornisce eventuali indicazioni di comportamento o prescrizioni al reparto ed al paziente stesso (farmaci, altre indagini preoperatorie o consulenze, modifiche allo stile di vita o cure specifiche...), utili a contenere al massimo il rischio di complicanze.

COS'E' L'ANESTESIA

L'anestesia consente di affrontare l'intervento senza avvertire il dolore e le altre sensazioni sgradevoli, togliendo quando indispensabile anche la coscienza e comunque mantenendo le funzioni vitali per garantire il miglior recupero postoperatorio. Le diverse tecniche di anestesia utilizzabili si possono distinguere schematicamente in: Locale, Sedazione, Anestesia Generale e Loco-Regionale.

ANESTESIA LOCALE

Praticata per consentire interventi di chirurgia di superficie, di impegno minore (limitata a cute e mucose, plastica ernia inguinale, tunnel carpale, cataratta...). Generalmente è eseguita dal chirurgo (meno spesso dall'anestesista) con l'infiltrazione diretta di anestetico locale nella regione corporea interessata, a bloccare i nervi che trasmettono il dolore. In ogni caso le funzioni vitali vengono monitorate.

In genere il paziente è sveglio, ma all'occorrenza e per rendere più confortevole l'intervento (in base a posizione e durata), l'anestesista può somministrare dei sedativi e/o degli analgesici; il livello della sedazione viene modulato e controllato, anche quando queste procedure sono praticate in regime ambulatoriale e fuori dalle SO.

Non sempre viene richiesta la valutazione preoperatoria e la presenza dello specialista di anestesia, nel qual caso il team chirurgico e infermieristico si assume la responsabilità delle scelte e della sicurezza del paziente.

SEDAZIONE

Prevede la somministrazione per via endovenosa o inalatoria di farmaci ipnotici/sedativi che inducono una parziale o totale perdita di coscienza. E' indicata per interventi chirurgici brevi o procedure altrimenti dolorose, durante i quali si può mantenere il respiro spontaneo del paziente.

La sedazione può essere anche utilizzata in associazione alle tecniche di anestesia locale o loco-regionale quando è necessario contenere lo stato di ansia o di agitazione del paziente (o per soggetti non collaboranti).

A seconda del livello di depressione della coscienza, i riflessi protettivi possono essere depressi: è quindi importante che il paziente rispetti le istruzioni sul digiuno (in genere per i cibi solidi almeno 6 ore e per liquidi chiari almeno 2 ore); se, per qualsiasi motivo, non dovesse essere stato rispettato tale precauzione, il Medico Anestesista deve esserne assolutamente informato.

Dopo una sedazione il paziente viene trattenuto in osservazione per un tempo indicato dal Medico Anestesista utile a riprendere l'autonomia e i riflessi; se in regime ambulatoriale o di day surgery, il paziente dimesso NON PUO' comunque guidare veicoli per 24 ore (come indicato per qualsiasi somministrazione di farmaci anestetici) e quindi si raccomanda che venga accompagnato alla dimissione.

Controindicazioni e rischi per la sedazione: mancato rispetto del digiuno, patologie del sonno (Sindrome OSA, apnee ostruttive del sonno), gravi problemi respiratori e/o cardiaci, allergia nota ai farmaci utilizzati.

La valutazione (visita) dell'Anestesista è a volte indispensabile per valutare la gestione dei casi a rischio e il monitoraggio, anche postoperatorio, necessario.



ANESTESIA GENERALE

L'anestesia generale più frequentemente utilizzata è una condizione necessaria all'intervento e ottenuta grazie alla combinazione di diverse tecniche, sia endovenosa (con farmaci specialistici per diversi obiettivi, somministrati in una vena della mano o del braccio) che respiratoria (gas e vapori anestetici respirati insieme all'ossigeno in maschera facciale

o attraverso presidi introdotti nelle vie aeree). In alcuni casi si sceglie una tecnica puramente inalatoria (es. procedure di brevissima durata, pazienti pediatrici...) o totalmente endovenosa.

Il paziente in anestesia generale è incosciente ed insensibile al trauma chirurgico ed al dolore, è di solito realizzata con farmaci iniettati per tutto il tempo necessario con l'infusione al bisogno e/o continua, o inalati (o entrambi).

L'attività respiratoria del paziente viene monitorata e assistita attraverso una maschera appoggiata sul volto (maschera facciale) e più frequentemente con l'intubazione della trachea, quando non sia sufficiente o sia controindicato un sistema meno invasivo come la maschera laringea e analoghi (che vengono inseriti senza usare la laringoscopia, manovra più invasiva necessaria all'intubazione tracheale).

A maggior ragione, dato che la sedazione profonda-anestesia generale deprime i riflessi protettivi del paziente, incluso quello che protegge i polmoni in caso di rigurgito, è importante avvisare l'Infermiere e l'Anestesiista in caso di mancato rispetto delle istruzioni sul digiuno.

L'anestesia generale implica quindi:

- sedazione profonda e perdita dei riflessi,
- perdita di coscienza,
- rilassamento-paralisi muscolare, quindi depressione della respirazione spontanea,
- riduzione-abolizione della sensibilità al dolore.

Solo una volta ottenuto il livello di anestesia adeguato, si procede all'intubazione per assistere meccanicamente la respirazione: il paziente incosciente viene collegato ad una macchina (ventilatore meccanico simile a quello che si usa in rianimazione), per garantire l'attività respiratoria deppressa dai farmaci e dalle manovre del chirurgo, assicurando quindi la migliore ossigenazione possibile.

Durante tutto l'intervento, l'anestesiista monitorizza e controlla costantemente che le funzioni vitali rimangano stabili. Negli interventi più impegnativi (es. chirurgia toracica, cardio-vascolare, addominale maggiore...), si ricorre a monitoraggi più invasivi e complessi che rendono necessario per esempio incannulare vene di grosso calibro e/o arterie, posizionare cateteri vescicale, sonde in esofago o altri strumenti, con i rischi relativi connessi alle procedure invasive (che possono essere previsti e discussi in visita anestesiologica, ma che devono essere messi a confronto con i benefici attesi).

A fine intervento, il paziente recupera gradualmente le funzioni e, quando risvegliabile:

- viene riportato al reparto di degenza, con istruzioni per medici e infermieri su precauzioni specifiche, farmaci, infusioni e come trattare il dolore;
- oppure trattenuto per una o più ore in area di monitoraggio post-anestesiologico, dove verrà monitorato per il tempo necessario alla completa ripresa della coscienza e delle funzioni vitali;

I pazienti più critici, sottoposti ad interventi più complessi o clinicamente instabili possono essere ricoverati a fine intervento su letti di Terapia Intensiva per continuare la rianimazione, che in alcuni casi si pratica anche durante l'intervento. Questa evenienza può essere prevedibile ma il ricovero in tale Unità, quando programmato, è condizionato dalla disponibilità del posto letto; talvolta il ricovero in UTI può rendersi necessario a seguito di eventi imprevisti o per interventi di emergenza: la rete del sistema sanitario prevede anche la possibilità di trasferimenti in altre UTI ed in tal caso il trasporto è sempre accompagnato dallo specialista di Anestesia e Rianimazione.

ANESTESIA LOCO-REGIONALE

Le tecniche, effettuata con l'utilizzo di farmaci anestetici locali infiltrati in aree diverse, anestetizza una regione più o meno ampia del corpo; l'anestetico locale agisce bloccando direttamente le fibre nervose responsabili della conduzione

dello stimolo doloroso, ma in base alla tecnica utilizzata, potrà abolire anche la funzione motoria. Tali effetti sono completamente reversibili.

La valutazione (visita) dell'Anestesista è indispensabile per l'indicazione e il monitoraggio intraoperatorio è comunque garantito, consentendo anche di passare ad anestesia generale se indicato.

L'anestesia loco-regionale è sempre praticata dall'anestesista, può essere combinata con la sedazione ma anche con l'anestesia generale (perché consente anche di migliorare l'analgesia post-operatoria) e può essere somministrata per via:

- **subaracnoidea (o spinale)**
- **epidurale (o peridurale)**
- **plessica**

che nel postoperatorio possono essere utili a controllare meglio il dolore.

1 ANESTESIA SUBARACNOIDEA

Indicata per interventi chirurgici in regioni del corpo che, semplificando, possiamo definire dall'ombelico in giù (es. interventi uro-ginecologici, vascolari e ortopedici agli arti inferiori, taglio cesareo, patologia erniaria complicata...).

L'anestesia spinale si ottiene iniettando l'anestetico locale attraverso uno speciale ago introdotto tra le vertebre lombari con un fastidio minimo, simile a quello di una puntura endovenosa o intramuscolare; il farmaco, raggiungendo direttamente il liquido cerebro-spinale (che circonda il midollo spinale) abolisce in pochi minuti (5-10 minuti) la sensibilità al dolore e la funzione motoria; l'effetto è completamente reversibile e ha una durata temporanea (a seconda del farmaco, inferiore alle 2-4 ore). Il dolore successivo, sarà quindi comunque da trattare con farmaci endovenosi attivi alla ripresa della sensibilità.

Questa tecnica potrebbe essere tecnicamente di difficile esecuzione (es. in pazienti con patologie della colonna vertebrale scoliosi, artrosi, schiacciamenti vertebrali) o controindicata (es. in soggetti in terapia anticoagulante); in tal caso si dovrà optare per l'anestesia generale.

L'anestesia spinale comporta quindi specifiche precauzioni, stabilite dall'Anestesista di caso in caso.

2 ANESTESIA EPIDURALE

Come per l'anestesia spinale, quella peridurale prevede l'utilizzo di uno specifico ago ma, a differenza della tecnica precedente, questo funge da mezzo per l'inserimento di un apposito sottilissimo catetere, attraverso il quale si riesce a continuare la somministrazione di anestetici locali e/o analgesici oltre che durante l'intervento, anche nel periodo post-operatorio.

L'anestetico locale somministrato agisce diffondendo in una zona anatomica diversa rispetto alla spinale; più precisamente abolisce il dolore raggiungendo direttamente lo spazio dove si trovano i nervi che fuoriescono dal midollo spinale. La funzione motoria può non essere abolita, a seconda della necessità, grazie alla scelta del farmaco (cosa che consente la deambulazione, come durante l'analgesia del parto).

Questa tecnica potrebbe essere tecnicamente di difficile esecuzione (es. in pazienti con patologie della colonna vertebrale scoliosi, artrosi, schiacciamenti vertebrali) o controindicata (es. in soggetti in terapia anticoagulante); in tal caso si dovrà optare per l'anestesia generale.

L'anestesia-analgesia peridurale comporta quindi specifiche precauzioni, stabilite dall'Anestesista di caso in caso.

3 ANESTESIA PLESSICA

Indicata per interventi sugli arti o per essere di supporto all'analgesia post-operatoria per chirurgia toracica o addominale.

Eseguita con specifici aghi che localizzano i nervi da bloccare grazie ad un elettrostimolatore e con l'ecografo, inietta l'anestetico locale permettendo di tollerare la manovra chirurgica, ma anche di inserire sottili cateteri che possono completare la terapia del dolore per molte ore.

Nel caso in cui la tecnica non dovesse risultare sufficiente, si ricorre a sedazione e/o anestesia generale.

COMPLICANZE GENERALI COMUNI A TUTTI I TIPI DI ANESTESIA

QUALI SONO I RISCHI DELL'ANESTESIA?

Tutti i trattamenti sanitari possono presentare effetti collaterali e/o complicanze, ma la percentuale di incidenti gravi è molto bassa se paragonata a quella delle normali attività quotidiane (lavoro, spostamenti con moto o auto, attività sportiva) e l'anestesia è una delle discipline con livelli di sicurezza maggiori. Ciononostante, pur se eseguita con diligenza, prudenza e perizia, anche l'anestesiologia può comportare effetti collaterali e potenziali complicanze.

Per semplificare, considerando la frequenza riportata dalle casistiche di paesi quali l'Italia, si possono classificare tali eventi come:

1. comuni (quando interessano da 1 su 10 a 1 su 100 pazienti)
2. meno comuni (da 1 su 1000 a 1 su 5000 pazienti)
3. rari o molto rari (da 1 su 10000 a 1 su 200000 pazienti)

Con tutte le tecniche di anestesia esiste il rischio di "paralisi" transitorie alle braccia e alle gambe per compressione o stiramento dei nervi, per ridurre queste complicanze viene posta molta attenzione al posizionamento del paziente sul letto operatorio; tali effetti collaterali/complicanze sono di norma transitorie

Complicanze ed effetti collaterali molto gravi sono rari. Comunque ogni intervento o anestesia comporta rischi legati in vario modo alle condizioni di salute e/o alla "gravità/complessità" dell'intervento chirurgico. Poiché i rischi specifici sono diversi per ciascun paziente l'Anestesista la informerà su quelli a cui è personalmente esposta.

L'Anestesista, i Chirurghi ed il personale del Blocco Operatorio prenderanno tutte le precauzioni per assicurare lo svolgimento dell'intervento nelle migliori condizioni possibili. I pur rari effetti collaterali e/o complicanze sono rappresentati, a titolo esemplificativo, da:

In genere le complicanze sono più frequenti nei soggetti che hanno già malattie importanti, negli obesi e negli interventi eseguiti in urgenza. La morte per anestesia è molto rara; la letteratura riporta incidenze variabili da 1 caso ogni 25.000/200.000 anestesie.

COMPLICANZE E RISCHI SPECIFICI DELL'ANESTESIA GENERALE E/O DELLA SEDAZIONE

L'anestesia generale può associarsi a complicanze di varia entità. Fra le complicanze meno gravi, la nausea e il vomito si manifestano con frequenza variabile (1/10-1/100) in relazione al tipo e alla sede dell'intervento.

L'incidenza delle complicanze più gravi correlate alla sola anestesia varia tra 1/100.000-1/200.000 anestesie.

Le complicanze comuni (da 1 su 10 a 1 su 100 pazienti) sono:

- nausea e vomito: dipendono dai farmaci utilizzati, dal tipo di intervento (chirurgia addominale, chirurgia del collo) e dalla predisposizione individuale (mal d'auto, mal di mare). Possono essere curati ma non sempre eliminati completamente.
- brivido: dipende dai farmaci e dalla durata dell'intervento. Effetto prevedibile, trattabile e reversibile.
- mal di gola: correlato al posizionamento del tubo endotracheale. Si risolve spontaneamente.
- secchezza delle fauci (bocca) e annebbiamiento della vista: dovuti ai farmaci, sono effetti transitori.
- mal di testa: farmaci, stress, predisposizione individuale e intervento sono i fattori maggiormente scatenanti.
- stato confusionale e/o alterazioni della memoria: soprattutto in pazienti anziani.

Le complicanze meno comuni e rare (da 1 su 1000 a 1 su 5000 pazienti) sono:

- lesioni legate al necessario uso di una protesi respiratoria (maschera laringea, tubo endotracheale, ventilatore meccanico): mal di gola, disturbi transitori della deglutizione, voce metallica, problemi rari alle corde vocali. Se intubazione impossibile con contemporanea difficoltà alla ventilazione può rendersi necessario un accesso rapido alle vie aeree (tracheotomia)
- Comparsa di uno stato di vigilanza durante l'anestesia stessa, qualora le condizioni cliniche del momento non consentano un approfondimento del livello di anestesia
- Lesioni a carico dei denti, soprattutto se mal conservati (es. parodontite, carie), possono essere possibili anche durante una semplice ventilazione.

Le complicanze rare o molto rare (da 1 su 10000 a 1 su 200000 pazienti) sono:

- Gravi reazioni allergiche: shock anafilattico. E' importante avvisare di eventuali precedenti allergici a farmaci, alimenti o altre sostanze come lattice.
- Inalazione di materiale gastrico: passaggio del contenuto proveniente dallo stomaco nei polmoni; più frequente nel paziente che non ha osservato il digiuno. Se l'intervento è procrastinabile, verrà posticipato di almeno sei ore; in urgenza/emergenza si cercherà di ovviare con una metodica specifica.
- Danni neurologici: da inadeguata ossigenazione (es. abbassamento prolungato della pressione arteriosa, intubazione difficile).
- Ricordo dell'evento chirurgico: situazione di disagio per il paziente ma che non complica il decorso clinico.
- Ipertermia maligna: sindrome, rara e severa in genere legata a predisposizione ereditaria e caratterizzata da acuto rialzo febbrile, rigidità muscolare, tachicardia, etc. Insorge improvvisamente dopo induzione dell'anestesia. Per prevenirlo e programmare, ove possibile, un'anestesia adeguata è importante che il paziente riferisca all'anestesista l'eventuale familiarità positiva per questa patologia (sindrome a trasmissione genetica). Grazie alla terapia specifica la mortalità si è ridotta notevolmente.

Intubazione difficoltosa: è una situazione non sempre prevedibile che può essere dovuta ad una limitata apertura della bocca, a dentizione particolare, alla conformazione del volto, del collo, a una situazione di obesità. Può comportare una difficoltà di garantire un'adeguata ossigenazione polmonare e ostacolare il posizionamento del tubo tracheale. Un'intubazione difficoltosa può comportare il rischio di una ossigenazione insufficiente e associarsi a complicanze anche gravi, benché questo si verifichi con estrema rarità. Durante le manovre di intubazione difficoltosa potrebbero anche verificarsi avulsioni dentarie, lacerazioni della lingua e delle labbra

La nausea e il vomito postoperatori, pur dipendendo in alcuni casi dall'intervento stesso, è una frequente complicanza sia dell'anestesia che dell'analgesia postoperatoria e come tale può manifestarsi anche con l'anestesia loco-regionale; è comunque facilmente controllabile farmacologicamente.

Nel caso si posiziona un catetere peridurale a scopo antalgico vanno considerati i rischi aggiuntivi propri della anestesia loco-regionale (vedi sotto)

COMPLICANZE E RISCHI SPECIFICI DELL'ANESTESIA LOCO-REGIONALE (A. SPINALE, A. PERIDURALE E BLOCCHI PERIFERICI)

Le complicanze comuni (da 1 su 10 a 1 su 100 pazienti) sono:

- nausea
- mal di testa
- svenimento

Effetti generalmente causati da riduzione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, ma trattabili e transitori.

Le complicanze meno comuni e rare (da 1 su 1000 a 1 su 5000 pazienti) sono:

- Cefalea (0.5-3 %) (a. spinale e peridurale)
- Ritenzione urinaria (può rendere necessaria la cateterizzazione vescicale estemporanea soprattutto nei maschi); il rischio è superiore in chi ha disturbi di prostata (a. spinale e peridurale)
- Deficit neurologici transitori (con risoluzione in alcuni mesi) alle braccia od alle gambe
- Danni neurologici permanenti come paralisi, disturbi della funzione sessuale, meningiti sono rarissimi anche se riportati dalla letteratura (a. spinale e peridurale)
- Questo tipo di anestesia non esclude il ricorso all'anestesia generale per insuccesso della metodica o complicanze intercorrenti

Le complicanze rare o molto rare(da 1 su 10000 a 1 su 200000 pazienti) sono:

- complicanze emorragiche e/o infettive
- cefalea: se refrattaria a terapia con antidolorifici richiede un trattamento specifico
- lesioni nervose permanenti
- tossicità anestetici locali
- Allergia nota ai farmaci utilizzati

TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA

Poiché tutti gli interventi eseguiti sul cuore possono sviluppare o aggravare una già compromessa funzionalità cardiaca o di altri organi e poiché per eseguire l'intervento chirurgico è necessario avvalersi di tecniche di circolazione extracorporea, questo può dar luogo a complicanze che possono rendere più lunga la Sua degenza in Terapia Intensiva.

Nel corso di suddetta degenza potrebbe rendersi necessario dover utilizzare tecniche di supporto o di sostituzione della funzione degli organi temporaneamente compromessi che rivestono tutti carattere di invasività.

Nel caso di insufficienza renale potrebbe rendersi necessario incannulare un vaso venoso maggiore con un catetere che permetta la depurazione dell'organismo attraverso varie tecniche dialitiche in attesa del recupero della normale attività filtratrice del rene.

La compromissione della funzione cardiaca potrebbe richiedere la necessità di essere supportata attraverso un catetere munito di pallone che viene posizionato in arteria femorale e che, gonfiandosi e sgonfiandosi all'interno dell'Aorta in base al ritmo cardiaco, aumenta l'apporto di sangue alle arterie coronarie e facilita l'azione cardiaca stessa.

La insufficiente funzionalità respiratoria, prettamente organica o legata ad una compromessa funzione cardiaca, potrebbe richiedere una ventilazione meccanica prolungata. Essa, finché sarà possibile, verrà effettuata attraverso un tubo che, posizionato attraverso la bocca, permette di far respirare il paziente. Nel caso la necessità di dover prolungare la ventilazione meccanica dovesse protrarsi per più giorni, per evitare ulteriori complicanze e per permettere una ottimale ventilazione del paziente ed una più ottimale detersione delle vie aeree, potrebbe rendersi necessario eseguire una Tracheostomia.

COME SI DEVE COMPORTARE IL PAZIENTE

PRIMA DELL'INTERVENTO

Portare con sè tutta la documentazione medica disponibile.

Qualora, tra la data della visita e il ricovero, fossero insorte alterazioni importanti dello stato di salute (febbre, tosse, catarro, disturbi gastrintestinali...) segnalarlo al reparto di competenza.

Nelle otto ore che precedono l'intervento chirurgico non assumere cibi solidi e bevande quali latte, cioccolata, spremute e succhi di frutta; è consentito bere modeste quantità di acqua e liquidi "chiari" (tea, camomilla) fino a 2-4 ore prima dell'intervento.

Nell'età pediatrica e in particolari circostanze le "regole" del digiuno preoperatorio possono variare: attenersi rigorosamente a quanto indicato dall'anestesista.

Proseguire eventuali terapie in atto, salvo diverse indicazioni concordate con l'anestesista durante la visita.

Togliere rossetto, smalto alle unghie; rimuovere protesi dentarie, lenti a contatto; bracciali, anelli e altri oggetti sono da consegnare ad un accompagnatore. L'eventuale mantenimento di protesi acustiche e/o occhiali dovrà essere concordato con l'anestesista.

DOPO L'INTERVENTO

Non è possibile standardizzare indicazioni per il periodo postoperatorio: infatti ogni singolo caso dipende dalla tecnica anestesiologica utilizzata, dall'intervento chirurgico e da eventuali problematiche intraoperatorie; il paziente dovrà quindi attenersi alle specifiche indicazioni poste dal chirurgo e/o dall'anestesista e/o dal personale infermieristico del reparto.

IN CASO DI DIMISSIONE IN GIORNATA (DAY SURGERY)

E' indispensabile disporre di un accompagnatore adulto e responsabile che possa assicurare la sorveglianza domiciliare per almeno 24 ore.

E' assolutamente vietato mettersi alla guida di autoveicoli.

E' necessario dimorare a non più di un'ora di distanza da un presidio ospedaliero.

E' possibile bere (è assolutamente vietato il consumo di bevande alcoliche) e, secondo prescrizione medica, consumare un pasto leggero.

Se dovessero manifestarsi complicazioni come sanguinamento, dolore incontrollabile dalla terapia in corso, nausea, vomito, è necessario rivolgersi al più vicino ospedale.

CONTROLLO DEL DOLORE POST-OPERATORIO

Il dolore previsto dopo intervento chirurgico potrà avere intensità variabile (lieve, moderato e severo) e dipenderà da:

- sensibilità individuale
- intervento chirurgico
- tecnica di anestesia utilizzata

In tutti i casi, il dolore previsto sarà controllato con l'utilizzo di protocolli, specifici e adeguati a ogni situazione, e prescritti dall'anestesista stesso.

I farmaci più comunemente utilizzati appartengono, semplificando, a tre classi:

- **anti-infiammatori** (es. paracetamolo, ketoprofene)
- **oppiacei** (es. morfina e derivati come il contramal)
- **anestetici locali**

Soltamente usati in associazione per garantire un'analgesia più adeguata e ridurre gli effetti collaterali.

La somministrazione può avvenire per:

- via endovenosa (a boli secondo orari fissi o in infusione continua=elastomero);
- via peridurale (infusione continua attraverso catetere tramite elastomero e somministrazione a boli per via endovenosa);
- via rettale: nei piccoli pazienti

Gli infermieri di reparto o lo stesso medico Anestesista verificheranno e controlleranno regolarmente l'intensità della sintomatologia dolorosa e se necessario somministreranno dosi supplementari di analgesici sempre secondo protocollo.