



INFORMAZIONI SULL'ANESTESIA

Per un Consenso Informato e Consapevole

Gentile Signora/Signore,

Questo opuscolo fornisce le informazioni di base per prepararLa all'anestesia.

LA PREGHIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE PRESENTI NOTE INFORMATIVE PRIMA DI PORRE LA FIRMA SUL MODULO DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALLA ANESTESIA

1. CHI E' L'ANESTESISTA

L'ANESTESISTA E' UN MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, che condividerà insieme a Lei le decisioni più importanti sull'anestesia cui sarà sottoposto/a. Oltre ad abolire il dolore e le sensazioni sgradevoli durante l'operazione, è compito e responsabilità dell'Anestesista prendersi cura del/la paziente e controllare e garantire tutte le sue funzioni vitali (regolarità del battito cardiaco, della pressione arteriosa, del respiro, della ossigenazione, della temperatura, della diuresi, ecc.). L'Anestesista si prenderà cura del/la paziente anche dopo la fine dell'intervento e fino alla scomparsa degli effetti maggiori dei farmaci somministrati (max 12-24 ore) .

2. COS'È L'ANESTESIA

L'ANESTESIA ABOLISCE IL DOLORE E LE ALTRE SENSAZIONI SGRADAVOLI GARANTENDO IL MANTENIMENTO DELLE FUNZIONI VITALI DURANTE L'INTERVENTO CHIRURGICO.

Diverse sono le tecniche di anestesia utilizzabili; schematicamente si possono distinguere due grandi categorie: ANESTESIA GENERALE e LOCO-REGIONALE.

2.1 ANESTESIA GENERALE

L'ANESTESIA GENERALE SI OTTIENE SOMMINISTRANDO PER VIA ENDOVENOSA E/O PER VIA RESPIRATORIA DEI FARMACI CHE ABOLISCONO LA COSCIENZA E LA PERCEZIONE DEL DOLORE.

L'anestesia determina uno stato di "incoscienza indotta e controllata": ciò significa che il cervello si "addormenta", i muscoli si rilassano e al risveglio non si avrà alcun ricordo dell'operazione. Durante l'anestesia Lei sarà costantemente monitorato mediante strumenti che controllano la respirazione, la pressione sanguigna, il battito del cuore e lo stato di ossigenazione del sangue. Nella maggior parte delle anestesi generali sarà necessario, per assicurare la respirazione, il posizionamento di un tubo in trachea di cui non si avrà nessun ricordo nel post-operatorio.

2.2 ANESTESIA LOCO-REGIONALE

L'ANESTESIA LOCO-REGIONALE PERMETTE DI ANESTETIZZARE UNA REGIONE DEL CORPO PIÙ O MENO CIRCOSCRITTA MANTENENDOLA SVEGLIO E COSCIENTE.

PER RENDERE PIÙ CONFORTEVOLE LA SUA PERMANENZA IN SALA OPERATORIA, POSSONO ESSERE SOMMINISTRATI DEI SEDATIVI. UN TELO IMPEDISCE AL PAZIENTE DI VEDERE LA PARTE DEL CORPO CHE VIENE OPERATA.

Si possono utilizzare differenti tecniche di anestesia loco-regionale che possiamo così sintetizzare:

ANESTESIA LOCALE

Viene utilizzata per i piccoli interventi.

Può essere eseguita dal Chirurgo in autonomia.

Si effettua mediante un'infiltrazione con anestetico locale della zona su cui si deve intervenire.

All'occorrenza si possono associare dei sedativi per tranquillizzare e calmare il paziente.

ANESTESIA SPINALE O SUBARACNOIDEA

Conosciuta impropriamente anche come "lombare", è indicata nelle operazioni al bacino, alle gambe, al basso addome.

Si realizza inserendo un ago sottilissimo tra le vertebre e iniettando una piccola dose di anestetico nel liquido cerebro-spinale. Provoca entro 5-10 minuti la perdita completa della sensibilità e una paralisi temporanea di una o entrambe le gambe e/o dell'addome per un periodo, in genere, di 2-4 ore.

All'occorrenza in questa, come in tutte le altre Anestesi Loco-Regionali, si possono associare dei sedativi per mantenerla calma e tranquillo.

ANESTESIA PERIDURALE

Anche questa tecnica prevede l'introduzione di un ago tra le vertebre. L'effetto è simile a quello dell'anestesia spinale, a differenza del tempo necessario alla comparsa dell'anestesia (20-30 minuti). Il vantaggio principale è la possibilità di posizionare un cateterino attraverso cui somministrare farmaci per il dolore nello spazio peridurale, per il controllo del dolore intraoperatorio e postoperatorio nei giorni successivi all'intervento. L'Anestesia peridurale è utilizzata da sola o in associazione all'anestesia generale: anestesia integrata.

BLOCCHI NERVOSI PERIFERICI: Anestesia perineurale

Consentono di anestetizzare una regione ben delimitata del corpo, bloccando le terminazioni nervose periferiche. Sono tecniche particolarmente utilizzate nella chirurgia dell'arto superiore ed inferiore. Si realizzano iniettando dell'anestetico locale vicino ai nervi che sono localizzati con strumenti appositi. Per rendere più confortevole la procedura, in genere sono somministrati dei tranquillanti. Anche in questo caso, si possono utilizzare dei cateterini per la somministrazione continua di farmaci analgici per il controllo del dolore postoperatorio e la riabilitazione precoce.

A FINE INTERVENTO LA SORVEGLIANZA AD OPERA DELL'ANESTESISTA CONTINUERÀ' FINTANTO CHE I SUOI PARAMETRI VITALI NON PERMETTERANNO LA SUA DIMISSIONE DAL BLOCCO OPERATORIO.

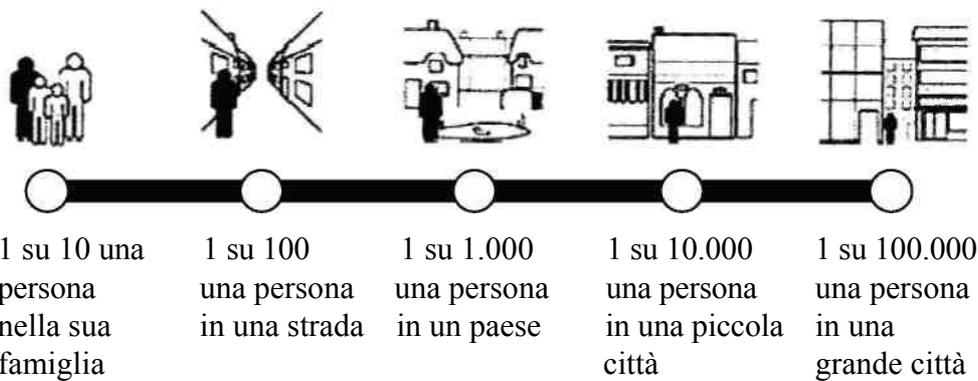
3. COMPLICANZE ED EFFETTI COLLATERALI

L'ANESTESIA MODERNA È GENERALMENTE MOLTO SICURA, TUTTAVIA TALE PRATICA, COME ACCADE PER TUTTE LE DISCIPLINE MEDICHE, ANCHE SE ATTUATA CON DILIGENZA, PRUDENZA E PERIZIA, NON È ESENTE DA EFFETTI COLLATERALI E DA POTENZIALI COMPLICANZE CHE POSSONO IN CASI ECCEZZIONALI ANCHE CONDURRE A MORTE.

Si possono definire gli effetti collaterali e le complicanze **molto comuni (1 su 10)**, **comuni (1 su 100)**, **infrequenti (1 su 1.000)**, **rare (1 su 10.000)** e **molto rare (1 su 100.000)** a seconda della frequenza con cui si manifestano.

Per comprendere meglio questo concetto Le basta riflettere sulla figura sottostante che esemplifica la frequenza del rischio con un esempio pratico.





COMPLICANZE DELLE TECNICHE DI ANESTESIA

L'anestesia generale può associarsi a complicanze di varia entità.

L'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla presenza di fattori personali come il fumo e il sovrappeso, da malattie concomitanti e dal tipo di intervento (complessità, durata, regime di emergenza/urgenza).

Fra le complicanze meno gravi, la nausea ed il vomito si manifestano con frequenza variabile (1/10-1/100) in relazione al tipo e alla sede dell'intervento (1). Altre complicanze possono essere: cardiocircolatorie (es. disturbi del ritmo cardiaco, calo della pressione arteriosa, edema polmonare); legate alla necessità di intubazione tracheale ed all'impiego di ventilazione meccanica (es. lesioni ai denti, broncospasmo, traumi alle vie aeree, 1/10.000-1/30.000); neurologiche (es. lesioni nervose periferiche 1/5.000-1/30.000) o, molto raramente, danni cerebrali (come conseguenza di gravi abbassamenti di pressione del sangue o mancata ossigenazione). L'incidenza delle complicanze più gravi correlate alla sola anestesia varia tra 1/100.000-1/200.000 (2). L'anestesia generale e la sedazione, anche se correttamente eseguite, possono determinare la percezione di suoni, voci o favorire l'insorgenza di sogni. Tale fenomeno, chiamato "awareness", ha una frequenza di 1/1.000-5.000 (3).

Anche le tecniche di incannulamento delle vene centrali, possono causare complicanze quali ematomi, PNX, ingresso di aria nelle vene, traumi al tessuto polmonare, infezioni, con una frequenza che oscilla intorno al 1/100 (4).

Le anestesie loco-regionali, ed in particolare i blocchi periferici, possono causare lesioni delle radici nervose, dei nervi periferici e variazione, spesso transitorie, della sensibilità dell'area interessata (1/5.000-1/10.000) (5). L'anestesia spinale si associa a calo della pressione arteriosa (10-40/100), riduzione della frequenza cardiaca (1/10), nausea (5/100) e cefalea (0,2-3/100) (5-6-7).

Complicanze più gravi sono molto rare. Le anestesie spinali e peridurali possono causare aree di formicolio agli arti inferiori o alterazioni della motilità (2/10.000) (5); tale incidenza si è ulteriormente ridotta negli ultimi anni (6). Le complicanze più gravi, l'ematoma peridurale e l'ascesso peridurale, si possono manifestare in 1/145.000 e 1/150.000-180.000 dei casi (8).

Talvolta l'intervento chirurgico è seguito da un ricovero in Terapia Intensiva Post. Operatoria, che può essere programmato o di necessità. In questa area di assistenza, con la cura di personale qualificato e apparecchi che controllano continuamente le funzioni vitali, quali la respirazione e il battito cardiaco, è possibile superare problemi e difficoltà inerenti al tipo di intervento oppure a malattie precedenti.

CLASSIFICAZIONE ASA (American Society of Anesthesiologists)

| Classe | Condizioni del paziente |
|----------------|---|
| ASAI | Paziente sano |
| ASA II | Presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale; bronchite cronica; obesità moderata; diabete ben controllato; ipertensione moderata |
| ASA III | Presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato; angina pectoris ben controllata dalla terapia; diabete insulinodipendente; obesità patologica; insufficienza respiratoria moderata |
| ASA IV | Presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza; insufficienza cardiaca severa; angina pectoris "instabile" poco sensibile al trattamento; insufficienza respiratoria; renale, epatica od endocrina di grado avanzato |
| E | Ogni intervento chirurgico non dilazionabile: La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA |

4. TRATTAMENTO DEL DOLORE POST-OPERATORIO

Un efficace controllo del dolore è fondamentale per prevenire evitabili sofferenze e l'aiuterà inoltre a riprendersi più rapidamente e potrà chiedere e discutere insieme all'anestesista dei differenti metodi per il controllo del dolore prima dell'intervento così che potrà prendere una decisione consapevole su cosa sarà meglio per Lei. E' importante sapere che:

- Alcune persone hanno bisogno di dosi maggiori di analgesici rispetto ad altre; gli stati ansiosi possono infatti aumentare la percezione del dolore.
- Le dosi analgesiche possono essere aumentate, si possono aumentare le somministrazioni o modificare la via di assunzione.
- Occasionalmente il dolore è un avvertimento che qualcosa "non va" quindi è sempre bene avvertire il personale infermieristico o i medici.

Un buon controllo del dolore aiuta a prevenire le complicazioni:

- Riuscire a respirare profondamente ed a tossire dopo l'intervento significa ridurre il rischio di sviluppare infezioni respiratorie.
- Riuscire a muoversi facilmente e presto significa ridurre le complicanze come la trombosi venosa profonda.

E' molto più facile alleviare il dolore PRIMA che diventi insopportabile. Quindi, se ha dolore, chiedi aiuto al più presto e assumi la terapia in modo regolare.

Per aiutare il personale a comprendere il livello del suo dolore e a somministrare le terapie più idonee **Le verrà chiesto di definire il suo dolore in una scala da 1 a 10**, 1 se il dolore sarà quasi inesistente, 10 il dolore più forte che ha mai provato, fra questi due estremi Lei dirà il numero che, a Suo parere, meglio rispecchia il dolore che in quel momento starà provando.

COSA FARE PRIMA DI UNA ANESTESIA

- Sospendere, se possibile, il fumo per alcune settimane (4-6 settimane); più lungo è il periodo di interruzione, maggiori saranno i benefici e minori i rischi;
- Non deve sospendere le eventuali terapie in atto, salvo precisa indicazione dell'Anestesista.
- Qualora tra la data della visita ed il ricovero fossero insorti cambiamenti (nuova gravidanza in atto, nuove allergie, ecc) e/o alterazioni importanti dello stato di salute (febbre, catarro, disturbi gastroenterici, ma anche malattie del cuore, malattie respiratorie, ipertensione, diabete ed altro), è necessario segnalarlo all'anestesista.

- Intervento chirurgico in mattinata: La sera precedente: cena completa (leggera), dalle 24 digiuno (no solidi); è consentito l'assunzione di liquidi fino a due ore prima dell'intervento chirurgico.
- Intervento chirurgico nel pomeriggio: La sera precedente: cena completa (leggera); la mattina dell'intervento a discrezione del MDR colazione leggera (thé, fette biscottate) dalle h. 08.30: digiuno (no solidi), è consentita l'assunzione di liquidi fino a due ore prima dell'intervento chirurgico.
- Nell'età pediatrica (fino a 14 anni) o in particolari circostanze le modalità del digiuno preoperatorio possono variare: attenersi rigorosamente a quanto indicato dall'anestesista.
- Togliere trucco e smalto per le unghie; rimuovere e consegnare ad un accompagnatore o al personale del reparto protesi dentarie, lenti a contatto, piercing, bracciali, anelli ed altri monili.

L'eventuale mantenimento di occhiali e apparecchi acustici dovrà essere concordato con l'anestesista.

In allegato troverà un fac-simile della DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ANESTESIA, da firmare in presenza dell'Anestesista dopo la visita ed il colloquio.

La preghiamo gentilmente di leggere con attenzione prima di incontrare l'Anestesista, al quale potrà porre domande e chiedere ulteriori chiarimenti sulle tecniche di anestesia e relativi effetti collaterali e complicanze. Grazie per la Sua collaborazione.

Di seguito riportiamo l'elenco delle voci bibliografiche a cui si è fatto riferimento per documentare la frequenza delle complicanze.

1. Van Vlymen JM, White PF. Anesthesia di R. D. Miller, 2000 Cap 65.
2. Tikkanen J, Hovi- Viander M. Acta Anesth Scand 1995;262:39.
3. Domingo KB. Anesthesiology 2004;100:1411-18.
4. McGee DC, Gould M., New England J Med 2003;348:1123.
5. Carpenter et al. Anesthesiology 1992;76:90.
6. Auroy Y et al. Anesthesiology 1992;97:1274.
7. Pan PH et al. South Med J 2004;97:359.
8. Ruppen W et al Anesthesiology 2006;102:394.
9. Royal College of Anesthetists <http://www.rcoa.ac.uk/index.asp?SectionID=4>
10. Brandi L. Anestesia: per un consenso informato e consapevole: <http://www.brandianestesia.it/File%20PDF/ANESTESIA%20E%20CONSENSO.pdf>
11. SIAARTI: Dichiarazione di avvenuta informazione e consenso all'anestesia e informazioni sulle tecniche anestesilogiche <http://www.minervamedica.it/pdf/R02Y2005/R02Y2005N07A0290B.pdf>.