

**PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA
PREOPERATORIA DEL PAZIENTE CANDIDATO A
INTERVENTO CHIRURGICO ELETTIVO, URGENTE O
SEDAZIONE**

Rev. 02/RM Del 16/05/2022	Approvata dal Comitato Rischio Clinico	Verificato dal Responsabile della U.O.S. Rischio Clinico e Qualità Dr. Giovanni Ruta	Autorizzato alla diffusione dalla Direzione Strategica Aziendale Direttore Generale Arch. Angelo Aliquò
Pag. 1 di 10			

INDICE

1. Scopo
2. Campo di applicazione
3. Destinatari
4. Modalità di svolgimento delle attività
 - 4.1) Visita anestesiologicala preoperatoria
 - 4.2) Visita anestesiologicala
 - 4.3) Consenso informato all'anestesia
 - 4.4) Fase postoperatoria
 - 4.5) Procedura in Sala di Risveglio
 - 4.6) Modalità trasferimento nel reparto di provenienza
5. Responsabilità
6. Distribuzione del protocollo
7. Riferimenti normativi e bibliografici



1) Scopo

Il protocollo ha come scopo la valutazione preanestesiologica del paziente (adulto e bambino) da sottoporre ad intervento chirurgico elettivo, urgente o emergente.

2) Campo di applicazione

Il protocollo si applica all'attività ambulatoriale di valutazione preanestesiologica del paziente (adulto e bambino) da sottoporre ad intervento chirurgico elettivo, urgente o a procedure di **sedazione o narcosi in respiro spontaneo**, al di fuori della sala operatoria, (ENDOSCOPIA, TAC, RMN)

3) Destinatari

La procedura sarà utilizzata per competenza:

- dagli Anestesisti Rianimatori

La procedura è destinata anche:

- al personale Medico delle UU.OO. di degenza

- al personale Infermieristico delle UU.OO. di degenza

4) Modalità di svolgimento dell'attività

La valutazione preanestesiologica del paziente fornisce le basi per formulare il piano anestesilogico e per programmare l'analgisia postoperatoria.

La valutazione preanestesiologica fornisce infatti le informazioni necessarie per:

1. selezionare il tipo di anestesia e pianificare la conduzione anestesilogica;
2. somministrare in sicurezza il trattamento anestetico appropriato;
3. interpretare i risultati del monitoraggio del paziente.

Poiché la valutazione preanestesiologica può essere svolta qualche tempo prima del ricovero ospedaliero o della procedura chirurgica, il paziente viene controllato immediatamente prima dell'induzione dell'anestesia.

Il processo di pianificazione dell'anestesia prevede che:

1. per ciascun paziente venga effettuata una valutazione preanestesiologica;
2. il paziente venga controllato immediatamente prima dell'induzione dell'anestesia;
3. le due valutazioni siano documentate in cartella clinica.

Tale processo prevede anche l'educazione del paziente, dei suoi familiari o di chi ne fa le veci sui rischi, i benefici e le alternative associate al tipo di anestesia proposta e all'analgesia postoperatoria. Il colloquio avviene nell'ambito del processo per l'acquisizione del consenso all'anestesia o alla narcosi in respiro spontaneo, moderata e profonda. L'anestesista provvede ad informare il paziente.

4.1) Visita anestesiological preoperatoria

Il paziente candidato ad intervento chirurgico deve essere valutato presso l'ambulatorio Anestesiological con un **congruo** anticipo rispetto alla data dell'intervento stesso, al fine di consentire uno studio completo ed un'adeguata preparazione preoperatoria. Il reparto di afferenza del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico prenoterà la visita anestesiological. I pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico urgente eseguiranno la visita anestesiological subito prima dell'esecuzione dell'intervento chirurgico, previa richiesta di consulenza anestesiological da parte del chirurgo. In caso di intervento emergente si valuterà caso per caso, in tali condizioni spesso non vi è il tempo materiale di eseguire una valutazione preoperatoria approfondita.

Condizione imprescindibile per effettuare la visita anestesiological preoperatoria è la disponibilità della **richiesta di consulenza anestesiological**, compilata e firmata dal chirurgo in tutte le sue parti, di cui le principali sono:

- indicazione all'intervento chirurgico;
- tipo di intervento chirurgico previsto (interventi chirurgici differenti, anche se per una stessa patologia chirurgica, possono comportare una differente preparazione preoperatoria);
- **caratteristiche di dilazionabilità dell'intervento stesso** (*elezione urgenza, urgenza differibile, emergenza*). Nel caso di urgenza differibile è opportuno che il chirurgo specifichi la tempistica massima entro cui eseguire l'intervento;
- **data** (la mancanza della data di compilazione della richiesta, non consente di calcolare il tempo disponibile in base alla priorità dell'intervento segnalata);
- **se tali informazioni sono incomplete** o la richiesta non è presente in cartella, **l'idoneità all'intervento non può essere concessa**, ed il chirurgo coinvolto è responsabile del conseguente ritardo nella preparazione del paziente.



Sulla scorta dell'anamnesi, dell'esame obiettivo, della documentazione in possesso del paziente e delle indagini preoperatorie previste dalla procedura, il paziente viene dichiarato idoneo all'anestesia oppure viene individuata la necessità di ulteriori indagini, di consulenze specialistiche o di terapie preoperatorie. In questi ultimi casi si rende indispensabile una seconda valutazione, in genere della sola cartella clinica, per formulare la valutazione anestesiologicala conclusiva. In altri casi si rende invece necessaria anche la rivalutazione del paziente, che sarà convocato presso l'ambulatorio anestesiologicalo una seconda volta.

Durante la visita l'Anestesista rivolgerà anche la sua attenzione a:

- individuare quelle tecniche di monitoraggio perioperatorio che, per la loro peculiarità o disponibilità dell'apparecchiatura, richiedono una programmazione preventiva.
- prevedere e programmare l'assistenza postoperatoria in Rianimazione.

Idealmente tutte le visite anestesiologicalhe preoperatorie dovrebbero svolgersi nell'ambulatorio Anestesiologicalo con le caratteristiche sopradescritte, ma questo non è sempre possibile in quanto alcuni pazienti non possono afferirvi perché ad esempio ricoverati con procedura d'urgenza, o perché allettati. In questi casi la visita sarà eseguita nei reparti di degenza. **Non sono giustificate invece le visite anestesiologicalhe preoperatorie in reparto su pazienti ricoverati per indagini diagnostiche, a cui segue l'indicazione all'intervento chirurgico di elezione.** In questi casi il paziente può essere dimesso senza visita anestesiologicala con l'appuntamento per una visita anestesiologicala preoperatoria nell'ambulatorio dedicato.

4.2) Visita anestesiologicala

Il paziente che giunge alla visita anestesiologicala preoperatoria verrà sottoposto ad un attento esame clinico, effettuato secondo lo schema della cartella anestesiologicala di valutazione preoperatoria, mirato ad ottenere informazioni anamnestiche riguardo a patologie pregresse e/o attuali, precedenti anestesi e ed interventi chirurgici e verrà inoltre eseguita la valutazione delle vie aeree per l'identificazione di possibili difficoltà nell'intubazione oro tracheale.

Gli eventuali esami ematochimici e/o strumentali e le consulenze specialistiche verranno richiesti facendo riferimento alle linee guida SIAARTI.

I pazienti verranno così inquadrati secondo il grado ASA (American Society of Anesthesiologists), una semplice scala che descrive lo stato in cui il paziente arriva all'anestesia e secondo il grado di chirurgia a cui dovrà essere sottoposto.

I pazienti da sottoporre ad interventi ambulatoriali (es: cataratta etc...) verranno sottoposti a valutazione anestesiolocica preoperatoria solo se ASA > 2 alla valutazione del chirurgo.

Durante la visita anestesiolocica sarà data informazione al paziente circa i rischi correlati all'esecuzione dell'anestesia e istruzioni circa il digiuno preoperatorio da seguire.

Le modalità che riguardano l'assunzione di cibi solidi o liquidi rivestono una grande importanza. L'inalazione nelle vie aeree di materiale gastrico è una delle più gravi complicanze della sedazione farmacologica e in questo settore può essere favorita dalla particolare posizione della testa che è posta in posizione assiale con una lieve iperestensione.

La complicanza inalazione riguarda i bambini in sedazione profonda o anestesia generale e tutti coloro nei quali vi è una diminuzione dei riflessi di protezione delle vie aeree.

I pazienti noti per rischio di aspirazione del contenuto gastrico (ad esempio quelli con storia di reflusso gastro-esofageo, obesità grave, storia di discinesie gastriche) dovrebbero essere trattati con appropriata terapia farmacologica per ridurre il contenuto gastrico e aumentare il pH gastrico. Le indicazioni sul periodo di digiuno da osservare prima della sedazione devono essere fornite al paziente, ai genitori o ai responsabili legali del bambino o del paziente non in grado di intendere e di volere. Quanto concordato verrà documentato nella cartella di valutazione anestesiolocica preoperatoria

CIBI SOLIDI E LIQUIDI NON CHIARI	LIQUIDI CHIARI
ADULTI 6-8 ore	2-3 ore
BAMBINI < 3 anni 6-8 ore	2-3 ore
BAMBINI 3-6 anni 6 ore	2-3 ore
BAMBINI > 6anni 4 ore	2 - ore

Pazienti in trattamento con farmaci:

è opportuno che assumano la loro terapia per os con un bicchiere d'acqua anche la mattina stessa dell'intervento chirurgico, due ore prima del loro trasferimento in sala operatoria (fatta eccezione per farmaci anticoagulanti, psichiatrici e antidiabetici: contattare lo specialista per una valutazione in accordo con l'anestesista).

Per quanto riguarda la valutazione anestesiológica per la sedazione al di fuori della sala operatoria (NORA: Non Operating Room Anesthesia) si rimanda alle linee guida SIAARTI11.

4.3) Consenso informato all'anestesia

La stratificazione del rischio operatorio, che segue alla valutazione anestesiológica conclusiva è il presupposto per acquisire il **consenso informato all'anestesia**. In tale circostanza saranno presentati al paziente i rischi derivanti dal trattamento anestesiológico sulla scorta delle sue condizioni cliniche e del trattamento chirurgico previsto, rischi che saranno bilanciati poi con i benefici derivanti dall'atto chirurgico stesso. Il consenso informato deve essere acquisito nei giorni che precedono l'intervento chirurgico presso l'ambulatorio anestesiológico una volta formulata la valutazione anestesiológica conclusiva.

Non è possibile acquisire il consenso informato:

1. **quando non è specificato dal chirurgo il tipo di intervento** a cui il paziente sarà sottoposto;
2. **quando la valutazione anestesiológica non è conclusiva**, in quanto necessita di ulteriori indagini e/o di consulenze specialistiche;
3. **la mattina dell'intervento chirurgico**, per ricoveri ordinari ad esclusione dei ricoveri day service ed i day hospital sia nel reparto di degenza che in sala operatoria per quelli da eseguire in regime di urgenza/emergenza;
4. **quando il paziente è sotto l'effetto di farmaci sedativi;**
5. **quando il paziente non è in grado di intendere e di volere.**

4.4) Fase postoperatoria

Nelle prime ore successive ad un intervento diagnostico e/o terapeutico condotto in anestesia generale, loco regionale e/o sedazione, il paziente può presentare un certo grado di compromissione residua delle funzioni **respiratoria, cardiocircolatoria e neuropsichica. E' quindi raccomandabile una sorveglianza idonea e temporanea** da parte di personale medico ed infermieristico specializzato in un'area che può essere la stessa sala operatoria oppure un ambiente idoneo attiguo alla sala operatoria.

A fine intervento, il paziente viene trasportato nella sala di risveglio da un membro dello staff di sala operatoria che è a conoscenza delle condizioni cliniche del paziente stesso.

4.5) Procedura in Sala di Risveglio

L'osservazione temporanea del paziente consta di un monitoraggio clinico e, ove le condizioni del paziente lo richiedano, di uno strumentale:

Monitoraggi clinici

- ⊙ Respiratori (ossigenazione, frequenza respiratoria, ampiezza e simmetria delle escursioni toraciche)
- ⊙ Cardiocircolatori (frequenza cardiaca e pressione arteriosa sistemica)
- ⊙ Neurologici (stato di coscienza, riflessi di protezione delle vie aeree quali tosse e deglutizione, orientamento temporo-spaziale, esecuzione di ordini semplici)
- ⊙ Neuromuscolari (stringere la mano, alzare la testa e muovere gli arti)
- ⊙ Colorito cute e temperatura corporea
- ⊙ Diuresi (in presenza di catetere vescicale)
- ⊙ Analgesia
- ⊙ Controllo di eventuali drenaggi
- ⊙ Controllo emogasanalitico, ove necessario
- ⊙ Sorveglianza di accessi vascolari ed eventuale cambio di medicazione

Monitoraggi strumentali e modalità di trasferimento nel reparto di provenienza

- ⊙ Pulsossimetria
- ⊙ Elettrocardiogramma (ECG) (a 3 o 5 derivazioni)
- ⊙ Monitoraggio della pressione arteriosa incruenta o cruenta laddove vi sia un catetere arterioso già posto in sede
- ⊙ Altri monitoraggi emodinamici se le condizioni del paziente lo richiedono
- ⊙ Impiego di devices (attivi e passivi) per garantire la normotermia.

Il paziente non dovrebbe mai essere dimesso dalla sala di risveglio finchè non abbia raggiunto lo stato di normotermia o se sono presenti segni di ipotermia. Un appropriato report infermieristico verrà redatto durante tutto il tempo di osservazione.

Il paziente deve essere sorvegliato fino a quando non abbia recuperato i riflessi di protezione delle vie aeree, l'orientamento temporo-spaziale e non si sia realizzata una soddisfacente stabilizzazione dei parametri vitali.

La dimissione dall'area di risveglio viene decisa dall'anestesista dopo aver verificato le predette condizioni.

Le informazioni cliniche e strumentali relative al paziente durante la fase di risveglio (condizioni preoperatorie, il decorso anestesiológico/chirurgico e le condizioni post-operatorie al momento del trasferimento al reparto di degenza), le eventuali prescrizioni, l'ora delle dimissioni ed il nome del sanitario che ha prestato l'assistenza e ne ha deciso il trasferimento devono essere annotate sulla cartella di anestesia o, laddove attivata, sulla scheda di sala risveglio.

5) Responsabilità

Figure responsabili Attività	Medico che ha in carico il paziente	Anestesista Rianimatore	Infermiere di SALA addetto all'Anestesia
Richiesta Valutazione preoperatoria	R	C	I
Valutazione preoperatoria	C	R	I
Acquisizione consenso informato all'anestesia	I	R	I
Esecuzione consulenze/esami aggiuntivi richiesti	R	C	I
Valutazione in preoperatorio per allergie/intolleranze antibiotici e farmaci vari	R	C	I

Legenda delle relazioni:

R = Responsabilità generale dell'espletamento della fase

C = Collaborazione alla realizzazione della fase

I = Informazione

6) Distribuzione del protocollo

Il protocollo viene distribuito attraverso INTRANET in modo da essere disponibile per tutti e in qualsiasi momento. Sarà inoltre distribuita via e-mail e in forma cartacea ai Direttori di Struttura Complessa dell'ASP Ragusa.

7) Riferimenti normativi e bibliografici

Oltre alla normativa vigente, si richiamano in particolare:

1. Royal College of Radiologists. Making the best use of a department of clinical radiology 1998. London, Royal College of Radiologists
2. American Society of Anesthesiologists. Statement on routine preoperative laboratory and diagnostic screening. <http://www.asahq.org/Standards/28.html>
3. American Society of Anesthesiologists. 1-3-2002.
3. American Society of Anesthesiologists. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2002;96(2), 485-96
4. NHS Executive. Clinical guidelines using clinical guidelines to improve patient care within the NHS. 1996. London, NHS Executive
5. Department of Health. Good practice in Consent implementation guide: consent to examination or treatment. 2002
6. E Calderini, E Adrario, F Petrini, I Salvo, M Solca, L Bonomo, A Vanzulli, O Davini, G Pedicelli. Indication to Chest radiograph in preoperative adult assessment: recommendation of the SIAARTI-SIRM commission. *Minerva Anestesiologica* 2004; 70: 443 - 51
7. LA Fleicher et al. ACC/AHA 2007 Guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery. *Circulation* 2007; 116: 1971 - 1996
8. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica in previsione di procedure diagnostiche - terapeutiche in elezione. *Minerva Anestesiologica* 1998; 64(6): XVIII - XXVI: 18 - 86
9. SIAARTI guidelines for safety in locoregional anesthesia. *Minerva anestesiologica* 2006; 72: 689-722
10. Practice guideline 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 Anesthesiologists Task Force on preoperative fasting. *Anesthesiology* 1999; 90: 896-905.