

Raccomandazioni per la sorveglianza post-anestesiologica

Nelle prime ore successive ad un intervento diagnostico e/o terapeutico condotto in anestesia o sedazione, il paziente può essere esposto al rischio di complicanze legate agli effetti residui dei farmaci impiegati e alle conseguenze dell'intervento praticato.

È quindi raccomandabile una sorveglianza idonea che potrà essere effettuata, ove ciò sia realizzabile, in un'area appositamente predisposta.

Questo documento, elaborato dal Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva, sulla base anche di normative in vigore in altri Paesi, ha lo scopo di contribuire ad ottimizzare le cure postoperatorie fornendo un protocollo di massima, da adattare alle specifiche esigenze di ogni struttura. Le raccomandazioni contenute nel documento potranno essere soggette a revisioni periodiche al fine di risultare adeguate all'evoluzione clinica e tecnologica della nostra specialità.

Sorveglianza postoperatoria

Un paziente che sia stato sottoposto ad anestesia generale locoregionale e/o sedazione può presentare un certo grado di compromissione residua delle funzioni respiratoria, cardiocircolatoria e neuropsichica. Può necessitare, pertanto, di sorveglianza temporanea da parte di personale infermieristico specializzato in un ambiente idoneo all'osservazione ed al monitoraggio fino al completo recupero delle funzioni vitali e dello stato di veglia.

La sorveglianza postoperatoria può essere effettuata nella stessa sala operatoria oppure in un'area di risveglio appositamente attrezzata.

Se l'anestesista che ha effettuato l'anestesia non può personalmente assistere il paziente durante la fase di risveglio dovrà fornire al personale infermieristico che effettuerà il controllo tutte le informazioni cliniche necessarie nonché le indicazioni sul tipo di sorveglianza e/o assistenza più opportune.

Il personale infermieristico addetto alla sorveglianza postoperatoria deve essere in grado di riconoscere precocemente la destabilizzazione delle funzioni vitali e fornire assistenza opportuna in attesa dell'arrivo dell'anestesista.

La sorveglianza e l'assistenza da parte dell'anestesista o del personale infermieristico specializzato devono essere assicurate anche durante l'eventuale trasferimento dalla sala operatoria all'area di risveglio e/o aree intensive.

Nella fase di risveglio il paziente deve essere sottoposto a sorveglianza dei parametri vitali: respiratori (ossigenazione, frequenza respiratoria, ampiezza e simmetria delle escursioni toraciche), cardiocircolatori, (frequenza cardiaca e pressione arteriosa sistemica) e neurologici (stato di coscienza, riflessi di protezione delle vie aeree quali tosse e deglutizione, orientamento temporo-spaziale, esecuzione di ordini semplici). Vanno inoltre controllati temperatura corporea diuresi e forza neuromuscolare (stringere la mano, alzare la testa e muovere gli arti). La sorveglianza riguarda anche gli accessi vascolari e le eventuali perdite ematiche.

È opportuno che questi dati vengano annotati sulla cartella di anestesia oppure sulla cartella clinica del paziente.

La sorveglianza clinica può essere completata, ove le condizioni del paziente lo richiedano, da un monitoraggio strumentale.

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 la sussistenza delle predette condizioni.

Si raccomanda che le informazioni cliniche e strumentali relative al paziente durante la fase di risveglio (evoluzione, condizioni al momento del trasferimento al reparto di degenza), le eventuali prescrizioni nonché l'ora delle dimissioni ed il nome del sanitario che ha prestato l'assistenza e ne ha deciso il trasferimento, siano annotate sulla cartella di anestesia e sulla cartella clinica del paziente.

Raccomandazioni per l'organizzazione di un'area di risveglio attrezzata

Le seguenti raccomandazioni sono volte ad ottimizzare le cure postoperatorie in una area opportunamente attrezzata. Tuttavia è doveroso prendere atto che la situazione ospedaliera italiana è oggi, sotto questo aspetto, disomogenea sia in ordine al personale medico ed infermieristico, sia in ordine alle strutture edilizie e tecnologiche.

che previste dalle raccomandazioni stesse. Quanto di seguito consigliato non deve quindi essere considerato un obiettivo immediatamente realizzabile, bensì un traguardo da raggiungere.

Ove esiste la possibilità di creare un'area di risveglio attrezzata, questa va posta in contiguità del blocco operatorio per limitare la durata del trasporto del paziente e permettere l'intervento rapido di un anestesista e disporre delle opportune attrezzature.

Quest'area deve essere in grado di accogliere tutti i pazienti che necessitano di una sorveglianza post-anestesiologica. La dimensione dell'area, il numero dei posti letto, gli orari e il numero dei sanitari vanno adeguati all'attività delle sale operatorie che vi afferiscono.

Per il funzionamento delle apparecchiature necessarie, l'area di risveglio deve essere dotata di impianti idonei. Ogni posto letto deve poter disporre di un numero adeguato di prese elettriche, prese di O₂, aria compressa ed aspirazione. Inoltre devono essere disponibili nell'area tutte le apparecchiature e tutti i farmaci ritenuti necessari per l'emergenza.

La sorveglianza e l'assistenza in quest'area devono essere assicurate da infermieri professionali qualificati sotto la direzione di un medico anestesista.

L'anestesista raccoglie le informazioni cliniche e le indicazioni al momento dell'ammissione del paziente, stabilisce il tipo di sorveglianza e/o di assistenza più opportuna e decide le dimissioni del paziente dall'area.

Elenco apparecchiature raccomandate per l'area di risveglio attrezzata

Raccomandati:

- monitor ECG;
- defibrillatore;
- misuratori pressione arteriosa;
- sistemi di O₂ terapia (flussometri, umidificatori, maschere, ecc.);
- sistemi di ventilazione manuali;
- sistemi di aspirazione;
- laringoscopio;
- tubi endotracheali e cannule;
- saturimetro a polso;
- termometri.

Opzionali:

- capnometro;
- ventilatore meccanico;
- pompe peristaltiche e a siringa;
- stimolatore neuromuscolare;
- pace-maker;
- termistori.

Il numero di queste apparecchiature va rapportato al tipo di patologia chirurgica trattata ed al numero di pazienti.

Bibliografia

1. SFAR Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Recommendations concernant la surveillance et les soins postanesthésiques. September 1990.
2. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Post-Anaesthetic Recovery Facilities. October 1985.
3. ASA American Society of Anesthesiologists. Standards for postanesthesia care. (Approved by House of Delegates on October 12, 1988 and last amended on October 23, 1990).
4. Van Aken H, Vandermeersch E. Postanesthetic Care Unit (PACU). A necessity for every hospital. Acta Anaesth Belg 1990;41:3-6.
5. Richtlinien der Deutschen Gesellschaft fuer Anaesthesiologie und intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anaesthesisten. Qualitaetssicherung in der Anaesthesiologie. Anaesthesiologie und Intensivmedizin 1989;307-14.
6. Brown EM, Parkinson G, Brown BA. Technology and Postanesthesia Care. Semin Anesth 1988;4:278-83.

Coordinatore: IdaSalvo.

Componenti: Alma Accorsi, Gualtiero Bellucci, Gabriella Bettelli, Luigi Bianchetti, Antonio Braschi, Edoardo Calderini, Andrea De Gasperi, Rossana Fiori, Nicola Francavilla, Giulio Frova, Rocco Giuliani, Paolo Gregorini, Gaetano Iapichino, Tullio Lucanto, Salvatore Montanini, Gianmaria Paolillo, Roberto Pattono, Aldo Vito Peduto,

Flavia Petrini, Lucia Piazza, Paolo Pietropaoli, Paolo Riju, Riccardo Santagostino, Gennaro Savoia, Maurizio Solca, Luigi Stella, Mario Tavola, Giorgio Torri, Rosalba Tufano, Massimo Valente, Sergio Vesconi, Elena Zoia, Paolo Zuccoli.