



La parola all'Anestesista

A cura del **Dr. Giovanni Mangia**
Medico Anestesista
Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini
Roma
mangia.giovanni@fastwebnet.it

Le competenze del Medico Anestesista comprendono varie fasi del percorso assistenziale che porta un bambino all'intervento chirurgico:

1) VALUTAZIONE E PRESCRIZIONI PREOPERATORIE

Tale fase è di fondamentale importanza per la raccolta dei dati riguardanti lo stato fisico del bambino, la sua storia remota e recente (anamnesi), la presenza di malattie importanti in famiglia (soprattutto coagulopatie e malattie muscolari).

Inoltre è l'occasione per stabilire un contatto con il bambino e con i genitori ed il momento in cui verrà effettuata la visita. La valutazione preoperatoria è molto più importante di qualsiasi esame strumentale preoperatorio!

Frequentemente durante la visita si riscontrano processi infiammatori delle vie aeree che rappresentano comunque una controindicazione relativa all'intervento e vanno valutate nel singolo caso. Infatti solo le infiammazioni più gravi aumentano la probabilità di complicanze intraoperatorie (broncospasmo e laringospasmo) e postoperatorie (broncopolmoniti).

Un capitolo a parte merita il 'rischio allergia', una delle paure più diffuse tra i genitori quando un bambino deve essere sottoposto ad un intervento in anestesia generale. Gli eventi allergici acuti (shock anafilattico) hanno un'incidenza estremamente bassa nell'esperienza mondiale e non giustificano la necessità di eseguire accertamenti approfonditi in questo senso. D'altro canto, al giorno di oggi, non esistono esami strumentali di routine che possano con certezza escludere l'evenienza di un shock anafilattico durante la somministrazione di un anestetico. Ogni camera operatoria, comunque, è perfettamente attrezzata per affrontare tal evento che rappresenta una complicazione poco frequente ma perfettamente trattabile.

E' importante ribadire che nel caso in cui, e fortunatamente è l'evenienza più frequente, ci troviamo di fronte a bambini con storia familiare e personale negativa, questi possono essere sottoposti ad anestesia senza esami di laboratorio preoperatori, senza elettrocardiogramma, senza Rx torace eseguiti spesso di routine e che, nella maggior parte dei casi, aumentano solo la diffidenza dei bambini con i sanitari. Di volta in volta sarà il medico anestesista, dopo la visita, a stabilire se e quali esami effettuare.

Un'altra questione molto "sentita" dai genitori sono i tempi del digiuno preoperatorio: i bambini "devono" bere liquidi chiari fino a due ore prima dell'induzione dell'anestesia (per ridurre l'acidità gastrica, fattore determinante per la morbilità da inalazione, attenuare la risposta ipotensiva che si ha nei bambini disidratati ed inoltre favorire la "compliance" cioè l'adesione alle procedure); il latte materno può essere somministrato fino a 4 ore prima mentre per un pasto completo si dovrà attendere circa 6 ore.

Dopo l'idoneità alla visita sarà prescritta una eventuale preanestesia. Eventuale perchè, teoricamente, nelle Strutture in cui è possibile l'ingresso dei genitori in Sala Operatoria, la premedicazione potrebbe anche essere omessa. Nei casi invece in cui ciò non sia praticabile sarà somministrato un sedativo per bocca 30' prima dell'ingresso in S.O in modo tale da favorire il distacco dai genitori e l'accettazione delle procedure iniziali.

2) CONDOTTA ANESTESIOLOGICA IN SALA OPERATORIA

In sala operatoria compito del medico anestesista sarà quello di effettuare l'induzione dell'anestesia (cioè la fase iniziale di ipnosi farmacologica, la somministrazione degli anestetici, l'eventuale curarizzazione e la scelta della tecnica anestesiologica), il suo mantenimento (durante la quale "opera" il chirurgo) e, a fine intervento, il risveglio.

L'induzione è nella maggior parte dei casi di tipo inalatoria (tramite mascherina facciale) che viene ben accettata nei bambini premedicati. Per inalazione vengono somministrati potenti agenti anestetici che consentono, in modo indolore, l'incannulamento venoso e quindi successivamente la somministrazione degli anestetici endovenosi, gli eventuali curari con l'inserimento di una protesi respiratoria se si procede all'Anestesia Generale.

Le tecniche anestesiologiche possibili sono tre:

- **L'Anestesia Generale con protesi respiratoria (Maschera Laringea o Tubo Tracheale).**
- **L'Anestesia Generale con associato Blocco Anestetico per Infiltrazione del Pene.**
- **Anestesia Epidurale Caudale in Respiro Spontaneo senza protesi respiratoria**

La nostra preferenza va all'Anestesia Epidurale, con associata somministrazione di adiuvanti (clonidina o morfina), eventualmente seguita, a fine intervento, dal Blocco del Pene. Tali tecniche consentono una eccezionale stabilità dei valori intraoperatori della Frequenza Cardiaca e della Pressione Arteriosa ed un più rapida ripresa delle condizioni fisiche nel postoperatorio.

In due recenti Congressi Nazionali (SARNePI - Società Italiana di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana- e SIUP -Società Italiana di Urologia Pediatrica), in collaborazione del Dott. Marrocco e del Dott. Vallasciani, abbiamo riportato la nostra esperienza e casistica in merito a tali tecniche.

Durante la fase di mantenimento, lo stato generale del paziente è costantemente monitorizzato con vari strumenti: il saturimetro, che rileva la quantità di ossigeno nel sangue attraverso un semplice sensore nel dito, l'elettrocardiografia, la misurazione della Pressione Arteriosa, la valutazione della respirazione. Tali strumenti complessivamente forniscono i dati necessari per garantire una sicura gestione dell'anestesia.

A fine intervento con la sospensione dei farmaci dell'anestesia generale e degli ipnotici, in caso di anestesia caudale, si ottiene il risveglio del bambino. E' da precisare che il risveglio anestesiologico non ha gli stessi aspetti della fine di un sonno fisiologico ma soprattutto risposta finalizzata a stimoli dolorosi di lieve entità, autonomia respiratoria completa, parametri fisiologici (saturazione periferica, pressione arteriosa, frequenza respiratoria e cardiaca) assolutamente nella norma.

3) POSTOPERATORIO

Il dolore sarà trattato con analgesici ad orari fissi (tramite supposte di paracetamolo o farmaci analgesici endovena). La loro azione è più efficace se vengono assunti in prevenzione del dolore anziché una volta instaurato lo stesso.

Un evento abbastanza frequente, soprattutto nei bambini più piccoli, è la comparsa di un breve periodo di agitazione del bambino appena risvegliato. Spesso viene scambiato come manifestazione di dolore postoperatorio, creando ansia e timori nei genitori. L'uso di tecniche combinate di analgesici centrali e locali (nel sito della ferita) ci permettono di escludere tale evenienza. Questa fase 'agitatoria' del bambino corrisponde invece ad una sorta di 'fase allucinatoria' secondaria ad alcuni farmaci utilizzati nell'anestesia generale alla quale i piccoli reagiscono con il pianto. Assicurare loro un ambiente calmo e possibilmente in penombra è un efficace aiuto per questa fase del tutto transitoria.

La rialimentazione potrà essere anche abbastanza precoce: il parametro più affidabile è lo stato di "risveglio" del bambino! Si inizierà con liquidi chiari (acqua, tè, camomilla); in assenza di problemi dopo l'assunzione degli stessi (nausea, vomito) si proseguirà con latte e/o cibi solidi.