



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO



L'ANESTESIA

**Opuscolo informativo per i pazienti
in attesa di intervento chirurgico**

**FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO**

www.policlinicocampusbiomedico.it

L'ANESTESIA

Opuscolo informativo per i pazienti in attesa di intervento chirurgico



Introduzione

Gentile Paziente, con questo opuscolo il team anestesiologicalo del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico desidera fornirle le informazioni di base per prepararla all'anestesia.

La preghiamo di leggerlo con attenzione e di chiedere all'anestesista che la visiterà durante la preospedalizzazione o in reparto prima dell'intervento o che la accoglierà nel blocco operatorio tutte le delucidazioni necessarie a soddisfare le sue curiosità.

Durante la visita anestesiologicala lei discuterà con l'anestesista le tecniche anestesiologicalhe idonee al tipo d'intervento cui sarà sottoposto e alle sue condizioni di salute.

Successivamente le verrà chiesto di firmare il modulo di **consenso informato**. A tutela della sua salute e del buon esito del trattamento, qualora la situazione lo richieda, l'anestesista si riserverà comunque di modificare in corso d'intervento la tecnica concordata.

Fase Pre-Operatoria

Per fase pre operatoria si intende quel periodo che va dal momento in cui si stabilisce che è necessario procedere con un intervento chirurgico al momento dell'intervento stesso.

Con il termine di “preospedalizzazione” si intende l'accesso del paziente all'interno della struttura sanitaria per eseguire tutte le valutazioni al fine di ottenere l'idoneità all'intervento chirurgico.

La valutazione preoperatoria è un importante strumento per garantire:

- le condizioni ottimali del paziente per un intervento chirurgico efficace;
- la minimizzazione del rischio perioperatorio;
- la diminuzione della durata di degenza.

La valutazione anestesiologicala comprende:

- la pianificazione di eventuali indagini diagnostiche e/o provvedimenti terapeutici;
- la definizione della condotta anestesiologicala.

Cos'è l'anestesia?

L'anestesia consiste in una serie di manovre e procedure, messe in atto da un medico specialista (anestesista) durante un intervento chirurgico, grazie alle quali egli può controllare e abolire i 3 elementi principali che possono ostacolare l'esecuzione di un intervento chirurgico: **la coscienza, il dolore e la forza muscolare**.

- **La coscienza:** viene abolita mediante la somministrazione di farmaci “ipnotici”. In questo modo il paziente dorme, ma con dosi inferiori o con farmaci meno potenti si può ottenere uno stato di relax e benessere in cui l'ansia scompare ma la coscienza non viene abolita. Tale stato di coscienza viene detto “sedazione”.
- **Il dolore:** si controlla con i farmaci “oppioidi” o con gli anestetici locali. Gli oppioidi agiscono come la morfina e grazie ad essi il dolore dell'intervento chirurgico viene attutito. Gli anestetici locali invece bloccano completamente il dolore.
- **La forza muscolare:** viene abolita dai farmaci “miorilassanti” o “curari” e

grazie ad essi la muscolatura si rilascia e il chirurgo può lavorare più agevolmente.

Utilizzando diversi farmaci, quindi, l'anestesista può ottenere i tre elementi principali che caratterizzano un'anestesia:

1. IPNOSI (coscienza)
2. ANALGESIA (dolore)
3. CURARIZZAZIONE (forza muscolare)

In corso di intervento chirurgico l'anestesista si occupa di monitorare, controllare e mantenere stabili le funzioni vitali quali la respirazione, la pressione arteriosa, la saturazione di ossigeno nel sangue, la temperatura corporea etc. I tre elementi principali dell'anestesia possono essere gestiti indipendentemente l'uno dall'altro, perciò possiamo considerare 3 diversi tipi di "anestesia":

1. ANESTESIA GENERALE
2. ANESTESIA LOCO-REGIONALE
3. SEDAZIONE (o ANALGO-SEDAZIONE)

Il rischio generico legato all'anestesia _____

Viene valutato secondo la classificazione **ASA (American Society of Anesthesiologists)** in funzione dello stato di salute del paziente.

Si distinguono 5 gradi crescenti di rischio.

- ASA 1 - Paziente sano;
- ASA 2 - Presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale;
- ASA 3 - Presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato;
- ASA 4 - Presenza di una malattia sistemica grave che mette in pericolo di vita;
- ASA 5 - Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico.

Ogni volta che l'intervento chirurgico non sia rimandabile (urgente) viene aggiunta la lettera E alla classe corrispondente ASA E.

Anestesia generale

Durante l'anestesia generale, l'anestesista ottiene tutte e tre le componenti principali.

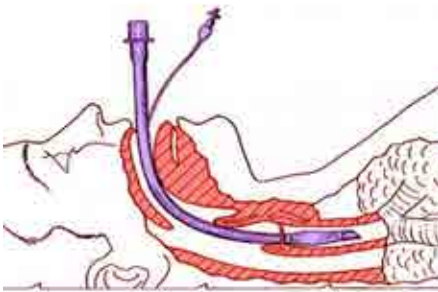
L'ipnosi si ottiene somministrando i farmaci ipnotici per via endovenosa e/o dei gas per via inalatoria.

L'analgesia viene ottenuta con gli oppioidi ma talvolta anche con gli anestetici locali.

La curarizzazione comporta una paralisi temporanea di tutti i muscoli del corpo, compresi quelli che permettono di respirare. Per quest'ultimo effetto il paziente non sarà in grado di respirare autonomamente, per cui verrà posizionato un dispositivo dentro o sopra la trachea (tubo tracheale o maschera laringea) che consentirà di garantire la respirazione attraverso il collegamento a una macchina apposita (ventilatore polmonare). Il dispositivo verrà rimosso dopo che avrà recuperato la perfetta autonomia respiratoria e non vi sarà alcun ricordo dopo l'operazione.

Per gli interventi che coinvolgono i polmoni, è di solito necessario posizionare un tubo speciale che consente di far respirare i pazienti anche con un solo polmone.

Gli anestetici generali vengono somministrati in modo continuativo durante tutto l'intervento chirurgico, per cui non vi è rischio di risvegliarsi se l'intervento è ancora in corso. Quando la somministrazione viene interrotta a fine intervento l'effetto degli anestetici cessa rapidamente, per cui ci si risveglia in pochi minuti. Nei pazienti obesi gli anestetici tendono ad accumularsi nel grasso, per cui il risveglio può essere un po' ritardato.



Anestesia loco-regionale

L'anestesia loco-regionale è quasi sempre la prima scelta in chirurgia ortopedica. Essa consente di anestetizzare una parte circoscritta del corpo, grazie all'effetto reversibile che si ottiene quando gli anestetici locali vengono messi a contatto con i nervi.

In questo caso la trasmissione del dolore è completamente abolita ed è possibile restare svegli, **ma è sempre possibile associare una sedazione o un'anestesia generale** molto leggera, se le circostanze lo richiedono.

In quest'ultimo caso, comunque, tutti gli effetti collaterali dell'anestesia generale standard saranno molto ridotti e il dolore postoperatorio sarà controllato molto meglio, per cui non è consigliabile rifiutare una anestesia loco regionale, qualora venga proposta.

Si possono quindi associare le tecniche in modo da rendere sempre confortevole il periodo dell'intervento.

In caso di coscienza mantenuta verranno posti dei teli che le impediranno di vedere l'operazione, garantendone la sterilità.

Esistono diverse tecniche di anestesia loco-regionale.

Anestesia locale o infiltrativa

Consiste nell'iniezione di anestetici locali direttamente nella zona dell'intervento. Spesso viene effettuata direttamente dal chirurgo operatore.

Consente di effettuare piccoli interventi, non blocca i muscoli, quasi sempre è possibile tornare a casa dopo una breve osservazione.

Blocco nervoso periferico, tronculare o plessico

Consiste nell'iniezione di anestetici locali in prossimità di tronchi nervosi.

L'iniezione viene effettuata attraverso aghi speciali.

La guida ecografica consente all'anestesista di visualizzare direttamente l'ago, il nervo e l'anestetico locale durante tutta la procedura; per questo motivo la tecnica risulta molto efficace.

Spesso, per potenziare la sicurezza della procedura viene impiegato anche un neurostimolatore che viene collegato all'ago, per cui durante la procedura è possibile avvertire delle contrazioni muscolari involontarie.

Con il blocco nervoso periferico si possono anestetizzare gli arti superiori o inferiori o parte di essi.

I muscoli interessati dal nervo bloccato rimarranno paralizzati per un tempo variabile dalle 3 alle 30 ore.

In casi particolari viene inserito un cateterino vicino al nervo per poter prolun-

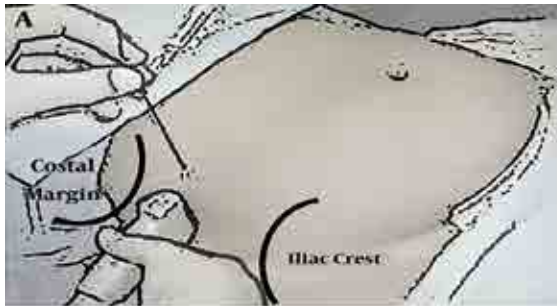
gare l'effetto analgesico senza il blocco muscolare, anche per più giorni. Finché la funzione motoria non è recuperata, soprattutto per gli arti inferiori, è prudente rimanere in osservazione e non è possibile fare ritorno a casa. La procedura di blocco nervoso periferico può essere effettuata dopo blanda sedazione, in modo da eliminare completamente i fastidi legati alle punture.



Blocco di fascia

Consiste nell'iniezione di anestetici locali fra alcune specifiche fasce (membrane) che avvolgono alcuni muscoli.

Fra alcune di queste fasce decorrono piccoli nervi. Con l'aiuto dell'ecografia, si può iniettare l'anestetico fra le fasce che si vedono molto bene, bloccando questi piccoli nervi che, invece, spesso non sono visibili.



Questa tecnica normalmente non anestetizza completamente una regione ma, associata ad un'altra tecnica di anestesia loco-regionale o a sedazione o ad una anestesia generale molto leggera, consente di controllare in modo ottimale il dolore nel periodo postoperatorio. Le tecniche di blocco di fascia sono molto efficaci per gli interventi sull'addome e sul torace. Normalmente vengono effettuate dopo la sedazione, quindi non risultano per nulla fastidiose.

Anestesia spinale subaracnoidea

L'anestesia spinale o subaracnoidea consiste nell'iniezione di una dose molto bassa di anestetico locale nel liquido che circonda il midollo e le radici spinali (liquido cefalo rachidiano) e si realizza attraverso un ago speciale e sottilissimo che viene fatto progredire fra le vertebre, fino a perforare la membrana che avvolge il midollo stesso (dura madre). È la tecnica di anestesia loco-regionale più rapida, più efficace e quindi anche la più diffusa.

In base a tipo e dose di anestetico, aggiunta di farmaci adiuvanti (morfina o altro) e punto di iniezione si possono anestetizzare completamente diverse regioni del corpo, (normalmente gli arti inferiori ed il basso addome); agisce in 5-10 minuti e dura fra 1 e 5 ore.

In alcuni casi l'anestesia è così rapida ed efficace che dopo un breve periodo di osservazione è possibile fare ritorno a casa. In casi particolari, dopo la puntura, è possibile che venga posizionato un cateterino subaracnoideo (Anestesia Spinale Continua - CSA) o peridurale (Anestesia Combinata Spinale-Epidurale - CSEA).

La puntura viene preceduta da un'infiltrazione locale e talvolta da una blanda sedazione, per cui non risulta sgradevole.

Viene effettuata in posizione seduta o laterale, avvicinando la fronte alle ginocchia.



Anestesia epidurale o peridurale

È la tecnica comunemente usata per l'analgesia nel parto. Come per l'anestesia spinale, la tecnica si effettua facendo progredire un ago fra le vertebre. Si tratta però di un ago specifico e più grande, con il quale non si va a perforare la dura madre ma ci si ferma subito prima, nello spazio che la circonda (epidurale) e che contiene la prima porzione dei nervi spinali.

Normalmente, attraverso l'ago si fa passare un cateterino, attraverso il quale si inietta l'anestetico locale, associato talvolta ad altri farmaci adiuvanti (come la morfina).

Il cateterino può restare in sede diversi giorni, per cui dopo l'anestesia per l'operazione può essere usato per prolungare l'effetto antidolorifico. La puntura può essere effettuata a diverse altezze nella colonna vertebrale, a seconda

delle regioni interessate dall'intervento, quindi si può utilizzare anche per interventi sul torace o sull'addome.

Sedazione

Per sedazione si intende la riduzione dello stato di vigilanza.

Esistono diversi gradi di sedazione: dalla semplice riduzione dell'ansia (**ansiolisi**), che equivale ad una sensazione di rilassamento con eliminazione della paura, a uno stato di sonnolenza in cui facilmente si può essere risvegliati (**sedazione vigile**), fino all'abolizione completa dello stato di coscienza (**sedazione profonda**).

La sedazione si ottiene mediante la somministrazione di farmaci specifici e, a differenza dell'anestesia generale, non comporta la perdita della forza muscolare, per cui si continua a respirare autonomamente.

Alla fine dell'intervento il recupero, è molto più rapido. Assomiglia molto a un sonno naturale e può essere associata a tutte le procedure. È la tecnica comunemente usata per gli esami endoscopici. Normalmente, dopo una breve osservazione si può fare ritorno a casa.

Complicanze ed effetti collaterali

L'anestesia moderna è molto sicura, tuttavia, anche se effettuata con diligenza, prudenza e perizia, può causare effetti collaterali e complicanze.

L'ANESTESIA GENERALE può associarsi a complicanze di diverso tipo e gravità.

Il verificarsi delle complicanze e quindi il rischio legato all'anestesia può dipendere:

- dalla presenza di fattori personali (fumo di sigaretta, sovrappeso, obesità);
- malattie concomitanti (diabete, bronchite, malattie neuromuscolari);
- tipo di intervento (complessità, durata, regime di emergenza/urgenza).

Le complicanze possono andare dalle meno gravi come la nausea e il vomito, fino alle più importanti, come quelle cardiocircolatorie e respiratorie (es. disturbi del ritmo cardiaco, calo della pressione arteriosa, edema polmonare, polmonite); neurologiche (es. lesioni nervose periferiche in 1 caso su 5.000,

danni cerebrali, come conseguenza di gravi abbassamenti della pressione del sangue o mancata ossigenazione); ci possono essere poi complicanze legate alla necessità di intubazione tracheale e all'impiego di ventilazione meccanica (es. lesioni ai denti, broncospasmo, traumi alle vie aeree).

Senza fattori di rischio, il verificarsi delle complicanze più gravi dovute alla sola anestesia, è circa 1 caso su 100.000/200.000¹.

Durante l'anestesia generale e la sedazione, anche se correttamente eseguite, può capitare di sentire suoni, voci o vedere immagini.

Tale fenomeno, chiamato "awareness", si verifica in 1 caso su 1.000/5.000².

Qualora fosse necessario posizionare un catetere venoso centrale, possono verificarsi complicanze quali: ematomi, ingresso di aria nelle vene, lesioni polmonari, trombosi venosa ed infezioni, in circa 1 caso su 100³.

Le anestesi loco-regionali, molto raramente, possono causare danni alle radici nervose e ai nervi periferici. Più frequentemente possono presentarsi formicolii o disturbi della sensibilità localizzati, che di solito scompaiono dopo alcuni giorni o qualche settimana (1/5.000-1/10.000)⁴.

L'anestesia spinale e l'anestesia epidurale potrebbero comportare un calo della pressione arteriosa e una riduzione della frequenza cardiaca, nausea e cefalea (0,2-3/100)⁵.

Complicanze più gravi sono molto rare e possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili.

Come comportarsi in vista dell'anestesia

Non deve seguire nessuna precauzione particolare.

È consigliabile smettere di fumare almeno un mese prima.

Deve prendere le eventuali medicine prescritte dal chirurgo o dall'anestesista secondo le modalità indicate.

SE PRENDE UNA O PIÙ DELLE MEDICINE PRESENTI NELLA TABELLA CHE SEGUE, È MOLTO IMPORTANTE CHE LEI CHIEDA INFORMAZIONI AL SUO MEDICO CURANTE SU COME COMPORTARSI E CHE RISPETTI I TEMPI MINIMI DI SOSPENSIONE RIPORTATI.

¹ Van Vlymen JM, White PF. Anesthesia di R. D. Miller, 2000 Cap 65.

² Domingo KB. Anesthesiology 2004;100: 1411-18.

³ McGee DC, Gould M., New England J Med 2003;348: 1123.

⁴ Carpenter et al. Anesthesiology 1992; 76: 90.

⁵ Ruppen W et al Anesthesiology 2006;102: 394

FARMACO	TEMPO MINIMO DI SOSPENSIONE
ASPIRINA e FANS	NON SOSPENDERE
ENOXAPARINA (CLEXANE)	se sta facendo una iniezione al giorno far passare almeno 12 ore fra
NADROPARINA (SELEDIE, SELEPARINA, FRAXIPARINA)	l'ultima iniezione e l'intervento
DALTEPARINA (FRAGMIN)	se sta facendo due iniezioni al giorno
PARNAPARINA (FLUXUM)	far passare almeno 24 ore fra l'ultima iniezione e l'intervento
FONDAPARINUX (ARIXTRA)	interrompere almeno 4 giorni prima
CILOSTAZOLO (PLETAL)	interrompere almeno 48 ore prima
DIPIRIDAMOLO (PERSANTIN)	interrompere almeno 24 ore prima
TICLOPIDINA (TIKLID)	interrompere almeno 10 giorni prima
CLOPIDOGREL (PLAVIX)	interrompere almeno 7 giorni prima
PRASUGREL (EFIENT)	interrompere almeno 7 giorni prima
TICAGRELOR (BRILIQUE)	interrompere almeno 7 giorni prima
ACENOCUMAROLO (SINTROM)	interrompere almeno 3 giorni prima
WARFARIN (COUMADIN)	controllare INR che deve essere inferiore ad 1,4 interrompere almeno 5 giorni prima controllare INR che deve essere inferiore ad 1,4
APIXABAN (ELIQUIS)	interrompere almeno 48 ore prima
DABIGATRAN (PRADAXA)	interrompere almeno 3 giorni prima
RIVAROXABAN (XARELTO)	interrompere almeno 24 ore prima
EDOXABAN (LIXIANA)	interrompere almeno 48 ore prima

SE I TEMPI DI SOSPENSIONE DI QUESTI FARMACI NON SARANNO RISPETTATI, MOLTO PROBABILMENTE L'INTERVENTO CHIRURGICO NON VERRÀ EFFETTUATO.

Deve continuare a prendere tutte le altre medicine regolarmente, salvo precisa indicazione dell'anestesista.

Cosa fare il giorno prima dell'anestesia _____

Nulla di particolare, verificaci però che tra la data della visita in ambulatorio e il ricovero non siano insorti **cambiamenti** (nuova gravidanza in atto, nuove allergie, ecc) o **alterazioni importanti dello stato di salute** (febbre, catarro, disturbi gastroenterici, malattie del cuore, malattie respiratorie, ipertensione, diabete ed altro).

In questi casi è importante segnalarlo al medico prima del ricovero.

È consigliato fare una doccia lavandosi accuratamente, indossare biancheria intima pulita e abiti comodi.

È utile rimuovere il trucco e lo smalto almeno da 2 dita di una mano.

La sera prima dell'intervento faccia una cena regolare e se occorre prenda un tranquillante in modo da riposare serenamente.

SE PER L'INTERVENTO PROGRAMMATO È PREVISTO CHE FACCI RITORNO A CASA, SI RICORDI CHE DOVRÀ AVERE UN ACCOMPAGNATORE. NON POTRÀ GUIDARE L'AUTOMOBILE.

Cosa succederà il giorno dell'intervento _____

Prenda tutte le medicine regolarmente salvo diverse indicazioni.

Può bere (acqua, té, caffè, camomilla) **fino a 2 ore prima dell'anestesia**. NON è necessario, anzi è dannoso, rimanere a digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente.

Può alimentarsi con altri tipi di liquidi (latte, frullati, succhi di frutta) **fino a 6 ore prima**.

Può mangiare fino a 8 ore prima (piccole quantità, evitando cibi grassi e pesanti).

Prima di andare nel blocco operatorio, si ricordi di:

- Rimuovere e consegnare a un accompagnatore o al personale del reparto **PROTESI DENTARIE**, lenti a contatto, piercing, bracciali, anelli e altri monili. L'eventuale mantenimento di occhiali e apparecchi acustici dovrà essere concordato con l'anestesista.
- Svuotare la vescica.

Se il suo è il primo intervento della giornata, alle 7.30 del mattino sarà portato direttamente al blocco operatorio e l'intervento avrà inizio intorno alle 8.30. Se non sarà il primo intervento, il trasferimento al blocco operatorio avverrà con un anticipo di circa 30 minuti/1 ora prima dell'inizio previsto.

Dopo il suo arrivo nel blocco operatorio, verrà inizialmente trasferito in **sala di preparazione**.

Qui verrà effettuata un'ultima valutazione e la check list di sicurezza; verrà posizionato un accesso venoso a un braccio e somministrato un sedativo; verranno quindi effettuate le ulteriori procedure di preparazione, tra queste anche quelle di anestesia loco-regionale se previste e concordate.

Tra le procedure di preparazione, per gli interventi più complessi o nel caso le sue condizioni cliniche lo richiedano, l'anestesista potrebbe ritenere opportuno il posizionamento di un accesso arterioso, che consiste nell'inserimento di un piccolo cateterino in un'arteria (di solito l'arteria radiale al polso).

Al termine della preparazione verrà trasferito in **sala operatoria**.

Qui l'anestesista si occuperà del controllo costante dei suoi **parametri vitali**, mettendo in atto tutte le procedure eventualmente necessarie per mantenerli stabili e nella normalità, per tutta la durata dell'intervento; si occuperà di sottoporla ad **anestesia generale/sedazione**, secondo quanto concordato; si occuperà anche, insieme al resto dell'équipe chirurgica, di controllare la sua posizione sul tavolo operatorio.

La posizione potrà essere diversa a seconda del tipo di intervento chirurgico. Alcune posizioni, mantenute per tempi lunghi, possono comportare dolori al risveglio, in particolare al collo e alla schiena.

Se il tipo di intervento cui sarà sottoposto lo rendesse necessario, potrebbero venir posizionati: un catetere venoso centrale, tramite una puntura sul collo o sulla spalla, per cui si potrebbe svegliare con alcuni tubicini collegati alle flebo; un catetere vescicale, per cui al risveglio potrebbe sentire un forte stimolo a urinare; un sondino naso-gastrico, per cui al risveglio avrebbe un tubicino che esce dal naso.

Al termine dell'intervento verrà trasferito in **sala risveglio**.

Qui l'anestesista e il team infermieristico specializzato si occuperanno di controllare i suoi parametri vitali, garantendone la stabilità e verificando che al momento del ritorno al reparto le sue condizioni siano ottimali e non vi sia rischio di complicazioni successive. Qui verrà anche iniziata la **terapia del dolore post-operatorio** e la sua permanenza in questo ambiente potrebbe

prolungarsi finché tutti i criteri saranno soddisfatti.

Solo allora potrà fare ritorno nel **reparto di degenza**.

Qui verranno messi in atto i protocolli più adatti per fare in modo che il **dolore post-operatorio** sia ben controllato.

Il suo dolore verrà misurato come la pressione o la temperatura.

Le verrà chiesto quanto è forte il suo dolore in una scala da 0 a 10 (scala NRS), dove 0 significa che non ha dolore e 10 significa che ha il dolore più forte che riesce a immaginare.

È considerato accettabile un dolore fra 3 e 4, per cui, se ritiene che il suo dolore sia più forte, **deve chiedere** un antidolorifico supplementare.

È molto più facile alleviare il dolore **prima** che diventi insopportabile e si ricordi che **NON È ACCETTABILE AVERE MOLTO DOLORE DOPO UN INTERVENTO CHIRURGICO** e che il modo di ridurlo esiste.

Se il protocollo previsto per lei non bastasse, un anestesista esperto troverà la soluzione più adatta al suo specifico caso. Si ricordi, poi, di prendere gli antidolorifici regolarmente secondo le prescrizioni, anche se non avverte dolore. Se non ha dolore è perché gli antidolorifici funzionano e non perché non servono. In reparto, si ricordi anche che: deve riuscire a respirare profondamente e a tossire; deve, al più presto, riuscire a muoversi facilmente; deve al più presto, riprendere a mangiare e bere normalmente, se il tipo di intervento lo consente. Se non specificato e non controindicato per motivi chirurgici, dopo circa 1 o 2 ore dal ritorno in reparto potrà bere e se non avrà disturbi, dopo un'altra ora circa potrà mangiare.

In casi eccezionali o se pianificato in precedenza sulla base delle sue condizioni o del tipo di intervento chirurgico, dalla sala risveglio o direttamente dalla sala operatoria, potrebbe essere trasferito in **terapia intensiva**.

Qui un'équipe specializzata avrà cura di continuare a controllare e ottimizzare i suoi parametri per tutto il tempo necessario con i protocolli più aggiornati e la tecnologia più avanzata.

Prevenire il rischio caduta

A seguito dell'anestesia ricevuta (per un intervento ambulatoriale, chirurgico o una procedura diagnostica) è necessario farsi aiutare nella deambulazione, utilizzare l'ascensore a vetri presente nella hall (piuttosto che le scale mobili) ed eventualmente richiedere l'utilizzo di una delle sedie a rotelle del Policlinico Universitario disponibili al desk informativo nella hall.

Domande e risposte

1. Posso mangiare prima dell'operazione?

No, non può mangiare durante le 8 ore che precedono l'anestesia, anche se si tratta di un'anestesia loco-regionale.

2. Posso bere prima di un'operazione?

Tra le 6 e le 2 ore prima dell'anestesia potrà bere liquidi chiari zuccherati, non latte o succhi di frutta con polpa.

3. Io sono un malato cardiopatico, posso essere addormentato?

Sì. Il suo medico anestesista valuterà la gravità della malattia e deciderà con lei cosa fare in base al tipo e alla complessità dell'intervento.

4. L'anestesista che mi addormenterà è un medico?

Sì, è un medico anestesista-rianimatore specializzato.

5. Posso essere accompagnato da un parente o amico alla visita preoperatoria?

Sì. Il familiare potrà aiutarla a porre domande all'anestesista.

6. Che differenza c'è tra il sonno e l'anestesia generale?

Con l'anestesia vengono controllate e abolite le risposte "riflesse" a tutti i tipi di stimoli per rendere meno traumatico l'intervento chirurgico.

7. Bisogna interrompere l'assunzione di farmaci prima di un'anestesia?

Dipende, è importante far sapere all'anestesista la lista dei farmaci che assume.

8. Cosa è importante far sapere all'anestesista durante la visita preoperatoria?

Informazioni su allergie, complicazioni che si sono verificate nel corso di interventi precedenti, altre malattie in atto.

9. Dov'è l'anestesista durante un intervento chirurgico?

L'anestesista si trova sempre vicino al malato. Controlla in ogni momento la temperatura corporea, il battito cardiaco, la pressione e la respirazione.

10. L'anestesia è sicura?

Nessuna attività umana è priva di rischi, tuttavia, grazie a nuovi farmaci e a tecniche di monitoraggio l'anestesia è una delle pratiche più sicure.

ATTENZIONE

Questo opuscolo non deve intendersi come sostituto della cura professionale del medico, che deve essere sempre consultato per una corretta diagnosi e cura della patologia. Le indicazioni presenti hanno carattere puramente informativo e sono riferite a condizioni mediche generali. Qualora le indicazioni presenti in questo opuscolo fossero in contrapposizione con quanto asserito dal medico curante, bisogna sempre ritenere valide le prescrizioni di quest'ultimo.



Policlinico Universitario accreditato JCI
Qualità e Sicurezza per i nostri Pazienti

**UNITÀ OPERATIVA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

anestesia-rianimazione@policlinicocampus.it

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO

Tel. (+39) 06.22541.8870

Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma

www.policlinicocampusbiomedico.it