

 <p>REGIONE LOMBARDIA AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALE MAGGIORE" DI CREMA</p> <p>U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE Direttore: Dott. AGOSTINO DOSSENA</p>	<p>SEDAZIONE NON SPECIALISTI</p>	<p>MS ANEST-RIA 01 Pag 1-4 2013</p>
--	----------------------------------	--

Linee guida per sedazione e analgesia da parte di personale medico non specialista in Anestesia

Premessa

La sedazione e/o le tecniche di analgesia sono necessari per il trattamento di un numero sempre crescente sia di pazienti che di procedure mediche diagnostiche o terapeutiche. E' importante stabilire linee guida per l'applicazione di tali servizi da parte di medici non anestesisti, perché la capacità degli anestesisti di fornire questo servizio è insufficiente.

Valutato le molteplici linee guida esistenti in vari paesi, si è deciso di adottare le linee guida del Consiglio di Anaesthesiology che fa parte dell'Unione europea dei Medici Specialisti

Definizione

La sedazione e/o analgesia è una tecnica di somministrazione di farmaci che induce uno stato che permette ai pazienti di tollerare procedure non piacevoli mantenendo le funzioni cardiorespiratorie.

Una perdita graduale di coscienza è una conseguenza caratteristica della procedura.

Si può definire il livello di sedazione utilizzando uno score modificato all'uopo e ampiamente utilizzato in campo anestesilogico (*Ramsey Score*) e che viene qui ricordato:

- 1) malato ansioso e agitato
- 2) malato cooperante, orientato e tranquillo
- 3) risponde solamente al comando
- 4) risponde vivamente alla compressione della glabella
- 5) risponde lievemente alla compressione della glabella
- 6) nessuna risposta alla compressione della glabella

Sulla base degli "awake level" di Ramsey vengono definiti 5 livelli di sedazione:

- 1) Pz. completamente sveglio
- 2) Pz. assonnato
- 3) Pz. apparentemente addormentato ma risvegliabile con la normale parola
- 4) Apparentemente addormentato ma che risponde ad uno stimolo fisico standardizzato come un colpetto sulla glabella
- 5) Addormentato ma che non risponde a stimoli fisici. Questo stato è simile o sinonimo all'anestesia.

Obiettivi

La sedazione e le tecniche di analgesia da parte di medici non anestesisti non dovrebbero portare ad un livello di sedazione tale da compromettere i riflessi di protezione.

Pertanto l'obiettivo della sedazione e/o analgesia da parte di medici non anestesisti è quello di raggiungere un livello di sedazione paragonabile al 'livello di sedazione 2 o 3' attraverso appropriate tecniche farmacologiche.

In relazione a seri rischi associati con il 'livello di sedazione 4 (o anche 5)', questo livello può essere gestito solo da persone qualificate e adeguatamente addestrate come gli anestesisti.

Nella considerazione che, anche se per pochi attimi e in maniera non voluta, il livello 4 può essere raggiunto, i medici che praticano la sedazione devono essere adeguatamente addestrati.

Selezione dei pazienti

I pazienti cui è richiesta una sedazione e/o analgesia devono essere preventivamente sottoposti ad uno screening dei fattori di rischio prima di decidere quale procedura sia maggiormente indicata. Se vi sono fattori di rischio, deve essere consultato un anestesista per decidere se il paziente è in grado di tollerare il tipo di sedazione ipotizzato.

Criteri di inclusione:

- ❑ Pz. Classe ASA 1 e 2
- ❑ Pz. Classe ASA 3 in condizioni stabili
- ❑ Procedure diagnostiche e chirurgiche che rientrano nei criteri day-hospital
- ❑ Pz. in grado di dare un consenso informato

Pz. non elegibili di sedazione da parte di medici non anestesisti:

- ❑ Presenza di barriere linguistiche
- ❑ > 70 anni relativamente alle condizioni fisiche
- ❑ Precedenti eventi avversi durante una precedente anestesia, inclusa la difficoltà di intubazione tracheale.
- ❑ Storia di allergia ad uno qualsiasi dei farmaci che possono essere utilizzati.
- ❑ Pazienti che richiedono un trattamento di maggior complessità.
- ❑ Pazienti che non possono essere accompagnati a casa da un'altra persona responsabile dopo la procedura o per i quali una assistenza adeguata non può essere garantita per 24 ore.

Training dello staff

La procedura diagnostica o terapeutica e la sedazione devono essere considerati come diverse procedure mediche.

Il paziente deve dare il proprio consenso informato per entrambe le procedure separatamente.

Una formazione complementare sui principi e la pratica della sedazione è necessaria non solo per il medico, ma anche per il personale di supporto: quando il medico sta effettuando la procedura non è in grado di controllare adeguatamente la sedazione al tempo stesso.

In relazione a quanto sopra un medico che ha effettuato una adeguata preparazione specifica dovrebbe occuparsi della sedazione e del monitoraggio dei segni vitali.

La formazione del medico deve prevedere:

- ❑ Fisiologia cardiopolmonare di base e competenze in materia di gestione delle vie aeree.
- ❑ Farmacologia di sedativi, analgesici, i rispettivi antagonisti, la loro farmacocinetica ed interazioni
- ❑ La teoria e la pratica delle procedure di sedazione.
- ❑ Principi e pratica di monitoraggio e le loro limitazioni.
- ❑ Le complicanze della sedazione e/o analgesia.
- ❑ Capacità di supporto vitale avanzato (Advanced life support skills)

Per il personale di supporto si considera adeguato il BLS.

Farmaci

Si considera che il sollievo dal dolore debba essere perseguito con adeguati metodi di anestesia topica, locale e loco-regionale piuttosto che fare affidamento sulla sedazione e.v., più

frequentemente associata a complicanze; dove possibile gli analgesici endovenosi devono essere considerati complementari.

Per ragioni di sicurezza è da privilegiare una monoterapia con farmaci con rapido onset time e a breve durata di azione.

Per tali motivi ci si dovrebbe limitare a farmaci tipo midazolam e alfentanil.

Considerato che nel nostro Ospedale non vi è know-how sull'utilizzo da parte dei medici non specialisti in anestesia dell'alfentanil mentre è consolidato l'uso della petidina, si ritiene accettabile il suo uso nonostante la sua emivita sia da considerare tra le non brevi. In conformità alle raccomandazioni ministeriali sulla scheda tecnica del farmaco l'eventuale associazione con midazolam prevede il monitoraggio elettrocardiografico.

I rispettivi antagonisti flumazenil e naloxone devono sempre essere disponibili.

L'uso di propofol può essere preso in considerazione dopo appropriato training.

Per il dosaggio dei farmaci si rimanda alle schede tecniche.

Monitoraggio

Ogni paziente sottoposto a sedazione e/o analgesia deve essere controllato da una persona esperta, il cui compito principale è il monitoraggio continuo.

Ogni paziente deve avere un accesso venoso.

Il monitoraggio standard è composto dalla pulsossimetria, misurazione non invasiva della pressione sanguigna ed elettrocardiogramma, e dalla continua osservazione visiva della respirazione e della sua frequenza.

L'ossigeno supplementare deve essere somministrato solo se viene rilevata un'ipossiemia, come spesso è il caso degli esami endoscopici del tratto gastrointestinale superiore.

Attrezzature per somministrare l'ossigeno e per praticare una rianimazione dovrebbero essere presenti in condizioni di efficienza e tutto il personale dovrebbe essere addestrato a gestire questi dispositivi.

Procedure sedazione e analgesia

Dopo aver monitorizzato il paziente, si procede al metodo di analgesia prescelto (topica, locale, loco-regionale).

Se è richiesta una sedazione supplementare, piccole dosi di farmaci vengono somministrate e.v. e va atteso un tempo adeguato per giudicare gli effetti del farmaco sulla coscienza, sui segni vitali e sui parametri monitorizzati.

Come detto sopra, un livello di sedazione 2-3 dovrebbe essere l'obiettivo della procedura.

Se viene osservata una risposta spiacevole a uno stimolo, sono possibili piccoli incrementi dei farmaci utilizzati, al fine di approfondire il livello di sedazione, mantenendo un'attenta vigilanza dei parametri vitali.

E' comune interpretare l'irrequietezza nel corso di una procedura come causata dal dolore e non da ipossiemia, che ne è invece la causa più frequente. Pertanto l'ipossiemia deve essere esclusa prima di ogni ulteriore intervento farmacologico.

La sedazione non può compensare un blocco anestetico locale inadeguato; in tal caso, ripetere il blocco.

La combinazione di un sedativo e un analgesico determina un importante potenziamento degli effetti di entrambi i farmaci.

Registrazione

Una registrazione della terapia effettuata, dei parametri vitali rilevati e dei dati di monitoraggio va fatta a intervalli frequenti, soprattutto dopo che lo stimolo della procedura per la quale viene fatta la

sedazione è cessato, in quanto la mancanza di stimoli può determinare un approfondimento della coscienza.

Recovery

I pazienti che sono stati sottoposti a sedazione e/o analgesia per procedure diagnostiche terapeutiche devono essere osservati attentamente in una recovery room adeguatamente attrezzata con lo stesso monitoraggio utilizzato nella procedura.

Come detto sopra la venuta meno dello stimolo legato alla procedura comporta un aumento del rischio.

In caso di somministrazione di un antagonista l'osservazione deve protrarsi per un minimo di 30 min.

I criteri di dimissione includono i seguenti:

- Il paziente è completamente cosciente e risponde appropriatamente.
- Il paziente è in grado di deambulare senza aiuto. Nel caso di un handicappato deve essere ritornato alle condizioni antecedenti la procedura
- I segni vitali sono tornati ai valori normali e sono stabili da almeno 30 min.
- Dolore, nausea e vomito sono sotto controllo.

Aftercare

Un accompagnatore si rende responsabile del trasporto a casa e dell'assistenza per le prime 24 ore.

Informazioni

Informazioni scritte devono essere fornite per trattare complicazioni quali dolore severo, sanguinamento, nausea e vomito.

Deve essere fornito un riferimento per primo soccorso.

Il paziente dovrebbe essere contattato telefonicamente il giorno successivo.

In caso di complicazioni che richiedano una assistenza più intensiva, deve essere disponibile un posto letto in ospedale.

Note

Pazienti con handicap mentale e bambini possono essere sottoposti a procedure di sedazione a/o analgesia come gli altri pazienti.

In questi casi va selezionata un'opportuna procedura tenendo conto che spesso la migliore potrebbe essere l'anestesia generale.

Ogni U.O. dovrebbe stendere il proprio protocollo operativo, sentito anche il Servizio di Anestesia.

L'intervallo ragionevole e prevedibile per la revisione di queste linee guida può essere di 5 anni.

Bibliografia

1. Ramsay MAE, Savage TM, Simpson BRJ, R. Goodwin. Sedazione controllata con alphaxolone-alphadolone. *BMJ* 1974, 2: 256.
2. Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE. Il ruolo di anestesia mortalità chirurgica. *JAMA* 1961, 178: 261. Linee guida per la sedazione e / o analgesia da non medici Anestesiologia
3. SEZIONE e consiglio di ANAESTHESIOLOGY, Unione europea dei medici specialisti. Gruppo di lavoro sulla sedazione da parte di medici Anestesiologia JTA Knape *, H. Adriaenseny, H. van Akenz, WP Blunniez, C. Carlssonny, M. DupontJ, T. Pasqua **