



SO DI ANESTESIA PEDIATRICA

LA VALUTAZIONE PREOPERATORIA

DR FERRANTI DR SAVRON

SABATO 09 MARZO 2013

TRIESTE

S. FURLAN

SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE-IRCCS BURLO GAROFOLO-TRIESTE

09 MARZO 2013



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

IONE PREOPERATORIA PEDIATRICA

- À ATTO MEDICO SPECIALISTICO: COMPENDIA E CONCLUDE ITER PREOPERATORIO, COMPRENDE VALUT AZIONE CLINICA BASALE ANCHE MEDIANTE E INDAGINI DI LABORATORIO/STRUMENTALI, PORTA A DEFINIRE E CONDIVIDERE (CONSENSO INFORMATO SOTTOSCRITTO DA ENTRAMBI I GENITORI O DAL TUTORE LEGALE) LA GESTIONE ANESTESIOLOGICA.
- À PUO'DETERMINARE ANCHE UN MOTIVATO RINVIO TEMPORALE IN CONDIZIONI ELETTIVE O UNA SOSPENSIONE DEFINITIVA.
- À SI CORREDA DI QUESTIONARIO COMPILATO DAI GENITORI O DELLA **SCHEDA DI ACCESSO OSPEDALIERO** (DPR 484 DEL 22.7.96) REDATTA DAL PEDIATRA DI BASE.

AZIENDA DEL RISCHIO

• BILANCIA LO STATO BASALE DEL PAZIENTE CON
L'ENTITÀ DELLA PROCEDURA CHIRURGICA
PROGRAMMATA E IL TIPO DI ANESTESIA
NECESSARIA.

• CONSIDERA LE PREVEDIBILI ALTERAZIONI DI
FUNZIONALITÀ D'ORGANO.

• SI TRADUCE NELLA CLASSIFICAZIONE ASA.

• **Memento: scelta e condotta dell'atto anestesilogico
sono di esclusiva competenza dello specialista
anestesilogico (L 653 del 9.8.54).**

ANESTESIOLOGICA PEDIATRICA

Considerazioni Deontologiche

Art.14

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di
SICUREZZA del paziente e alla prevenzione e gestione del
RISCHIO CLINICO

Art.26

La CARTELLA CLINICA deve essere redatta chiaramente e
contenere oltre ad ogni DATO OBIETTIVO le attività
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE praticate e registrare i modi e
i tempi delle INFORMAZIONI, i termini del CONSENSO

Art.32

DOVERI del medico nei confronti dei soggetti FRAGILI

Il medico deve impegnarsi a tutelare il minore quando ritenga
che l'ambiente è ovvero sia sede di maltrattamenti

IL BAMBINO

PREMATURO nato prima della 38[°] settimana di gravidanza

A TERMINE nato a 38-42 settimane

NEONATO fino al I mese di vita

LATTANTE dal I mese al I anno

BAMBINO fino alla pubertà

ADOLESCENTE fino alla fine della crescita staturale

ANESTESIOLOGICA PREMATURITA'

• Rischio apnea, bradicardia, cianosi post AG

• Valutare la rinviabilità a 60 settimane post concepimento

• Informare e prevedere 24 ore di monitoraggio postoperatorio in T.I.

DI VALUTAZIONE PREOPERATORIA

Generalità del bambino, reparto di degenza

Età anagrafica, gestazionale , nascita, peso

Anamnesi patologica remota e familiare

Bilancio delle vaccinazioni

Motivo del ricovero, anamnesi patologica prossima

Precisa indicazione chirurgica, tempi

Terapie in atto, allergie

E.O. mirato all'AG, all'ALR, alla sedazione

Richieste/referti di diagnostica specialistica

Digiuno preoperatorio, premedicazione

Disposizioni assistenziali, informazioni fornite

Consenso sottoscritto

Firma e timbro



ESAME FISICO

- L'esame fisico del neonato/bambino è **visuale** ma non superficiale: l'attenta osservazione dell'attività spontanea del bambino informa sullo stato generale, sul livello di ossigenazione e perfusione, sulla respirazione, sullo sviluppo psicomotorio e sulla nutrizione, sulla presenza di malformazioni inquadrabili in sindromi.
- Evitare rumori e movimenti bruschi, la postura supina (senza difesa); non allontanare i genitori per l'esame dei vari distretti; da ultime le manovre sgradite.
- Valutare l'idratazione: fontanelle, cute, mucose, globi oculari (cardiofrequenza)



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

utazione preoperatoria:

ESAME OBIETTIVO CAPO - PIEDI

Cute: colorito, aspetto, stato nutrizione,
perfusione periferica, esiti chirurgici

Capo e collo: SNC e cranio, vie aeree, parametri
anatomici (TET), denti

Torace: respirazione, aia cardiaca, organi
addominali

Addome: respiro, masse sottodiaframmatiche

Arti: deficit sensitivo-motori

Protesi in sede, accesso venoso di fficile

Condizione anestesiológica DOPO ANAMNESI ED E.O.

è presente una patologia?

in che modo questa può condizionare il
trattamento anestesiológico?

so rispondere o necessario di consulenza
specialistica?

considerare anche alterazioni dell'ematosi (emorragia, politrauma),
le cause di disionemia (iperpiressia, vomito, diarrea, insulti termici,
iperidrosi, shock)

azione anestesiológica **ESAMI**

À ASA 1, asintomaticità, chirurgia minore: NO ESAMI

À NEONATO: emocromo, profilo coagulazione,
sierologia, esame urine

À TX: ex prematuro, broncodisplasia,
bronicopneumopatia anamnestica

À ECG E VALUTAZIONE: aritmia, soffio sospetto, aia
cardiaca ingrandita



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

azione anestesiológica ESAMI

À Nel 2000 la SARNePI si è così espressa:

Al di fuori di casi particolari riferibili a singole specialità il bilancio pre-anestesiológico abituale, nei pazienti di età superiore a 12 mesi, in interventi di elezione, può non richiedere necessariamente l'êsecuzione di esami ematochimici e strumentali.

Valutazione preoperatoria DI LABORATORIO E STRUMENTALI

necessarie

Bambini di etnia diversa, adottati, da zone endemiche per specifiche patologie, ancora non deambulanti, con scarsi dati anamnestici, in previsione ALR

tuttavia

Task force ASA, su 900 studi, non ha trovato indicazioni univoche sull'influenza delle indagini preoperatorie sul risultato finale del trattamento anestesiológico.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ASPIRAZIONE PREOPERATORIA ASPETTI DA TRATTARE

SECREZIONI PRIME VIE AEREE

ANEMIA

ALTERAZIONI METABOLICHE Elettrolitiche

OCCLUSIONE DIGESTIVA

ANTIBIOTICOPROFILASSI per ENDOCARDITE

TERAPIE per ASMA, CONVULSIONI, IPERTENSIONE



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

AZIONE E PRUDENZA

À I PROBLEMI RESPIRATORI SONO LA
CAUSA PRINCIPALE DI MORBIDITÀ E
MORTALITÀ PERIOPERATORIA.

À I MINORI DI 6 MESI HANNO LA PIU' ALTA %
DI INCIDENTI ANESTESIOLOGICI
INDIPENDENTE MENTE DALLA
CLASSIFICAZIONE ASA.

ONE visuale PERVIETAÔ VIE AEREE RADO DI OSSIGENAZIONE

À INGRESSO DÔARIA

À LAVORO RESPIRATORIO

À CARATTERISTICHE RESPIRO

À FR

À GABBIA TORACICA ASPETTO E MOVIMENTI

À COLORITO CUTANEO, LETTO UNGUEALE,
LABBRA E LINGUA, CONGIUNTIVE

À Riconoscere pallore, vasocostrizione, ipotermia

À LIVELLO DI COSCIENZA

A INTUBAZIONE DIFFICILE

PRECEDENTE ANAMNESTICO

STRIDOR, RAUCEDINE, APNEE NOTTURNE

MACROGLOSSIA, MASSE OROFARINGE

PARAMETRI ANATOMICI, MALFORMAZIONI

IPOMOBILITA' E DIMENSIONI COLLO

? MALLAMPATI

OSTRUZIONE VIE AEREE 1 OSTRUZIONE SOPRALARINGEA

• STRIDORE NASALE, TIRAGE, DISFAGIA

• ETÀ > 6 ANNI

• MIGLIORA SUBLUSSANDO LA MANDIBOLA

• PATOLOGIE: IPERTROFIA TONSILLARE
CISTI GLOSSO EPIGLOTTICA
NEOFORMAZIONE LARINGEA

OSTRUZIONE VIE AEREE 2 LARINGEA

À DISPNEA, STRIDORE E PROLUNGATO
INSPIRIO, TIRAGE, DISFONIA cordale

À CAPO IPERESTESO quasi in opistotono

À PATOLOGIE: LARINGOSPASMO
EPIGLOTTITE
LARINGITE

OSTRUIZIONE TRACHEALE

À STRIDORE, DISPNEA INSPIRATORII (alta extratorace)

À STRIDORE, DISPNEA ESPIRATORII (bassa, intratorace)

À MANCA DISFONIA, ETA 6 mesi ì 3 anni

À FLETTE IL COLLO SUL TORACE

À PATOLOGIE: LARINGOTRACHEITE
CORPO ESTRANEO

OSTRUZIONE VIE AEREE 4 OSTRUZIONE BRONCHIAL E

À DISPNEA ESPIRATORIA

À MANCANO STRIDORE E DISFONIA

À PATOLOGIE: ASMA

AB INGESTIS

BRONCODISPLASIA

BRONCHIOLITE

ATOLOGIE ASSOCIATE A ZIONE DIFFICILI NEL BAMBINO

SDR. PIERREROBIN

TREACHER COLLINS

BECKWITH-WIEDEMAN

GOLDENHAR

MOEBIUS

FREEMAN-SHELDON

DOWN

DISOSTOSI OTOMANDIBOLARE

ARTROGRIPOSI

MUCOPOLISACCARIDOSI

ANGIOMA, LINFANGIOMA, ASCESSO TONSILLARE

STENOSI/MALACIA LARINGE, T RACHEA

CLEFT LARINGO-ESOFAGEO

MASSA MEDIASTINICA

PALATOSCHISI

EPIGLOTTITE

IUNO PREOPERATORIO CHIRURGIA ELETTIVA

LIQUIDI CHIARI 2 h

LATTE MATERNO 4 h

LATTE DI FORMULA 6 h

CIBI SOLIDI, LATTE 6-8 h

TUTTI I PAZIENTI A RISCHIO INALAZIONE 8 h

(OBESITA, RITARDO PSICOMOTORIO, DIABET E NON
CONTROLLATO, PATOL. TRACHEOESOFAGEA, DISCINESIA
GASTROESOFAGEA, ERNIA JATALE)

ANESTESIOLOGICA PREMEDICAZIONE

• DIAZEPAM 0.04-0.2 mg/kg gtt os (5gtt=1mg)

• MIDAZOLAM 0.5 mg/kg (max 20 mg) os/nasale

• ATROPINA

mucose secche (ma + friabili)

risposta vagale significativa (ma ipotono cardiaco)

Succinilcolina meno impiegata

La bradicardia è primitivamente ipossica!

VALUTAZIONE PREOPERATORIA CAUSE DI RINVIO DELL'ANESTESIA ELETTIVA

U.R.I. con febbre, secrezioni mucopurulente, rantoli auscultatori, affezione polmonare

ANEMIA SINTOMATICA

DISORDINI nelle terapie e nei livelli sierologici

CONSIDERARE:

urgenza della patologia

età

patologie associate

rapporto costo-beneficio

ANESTESIOLOGICA PER URGIA NEONATALE URGENTE

- À ATRESIE TRATTO G-E: si possono associare malformazioni vertebrali, renali, alle estremità, fistola tracheale, ipoplasia radio, cardiopatia.
- À ERNIA DIAFRAMMATICA con erniazione visceri in torace, ipoplasia polmonare e cardiopatia.
- À ONFALOCELE fegato e tenue, dentro al sacco peritoneale e m. amniotica, fuoriescono dall'anello ombelicale.
- À GASTROSCHISI manca il sacco, eventuale colon coinvolto.
- À ATRESIA COANE BILATERALE
- À OSTEOGENESI IMPERFETTA attenzione alle manovre (agocannula).
- À GRAVE PREMATURITÀ



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



LA AZIONE PREOPERATORIA CONCLUSIONI

• VALUTARE CORRETTAMENTE CLINICA E RISCHIO
CONSIDERANDO IL MONDO BAMBINO CON
ADEGUATO TEMPISTICA E IN AMBIENTE ADATTO

• PIANIFICARE LA AZIONE ANESTESIOLOGICA E LE
PROCEDURE DI TUTTO IL TEMPO
PERIOPERATORIO, RACCOGLIENDO IL
CONSENSO

• TRASMETTERE SICUREZZA AL BAMBINO E AI
GENITORI, COMPRENDERE LA SITUAZIONE
INDIVIDUALE E FAMILIARE, DARE RISPOSTE
CHIARE