

RACCOMANDAZIONI SVIZZERE PER I PAZIENTI A RISCHIO DI ASPIRAZIONE POLMONARE

Ogni servizio di anestesia dovrebbe sviluppare e implementare una procedura operativa standard (Standard Operating Procedure, SOP) obbligatoria per la gestione anestesiológica dei pazienti a rischio di aspirazione polmonare.

PREPARAZIONE

1. Ecografia gastrica



L'ecografia gastrica preoperatoria è raccomandata nei pazienti con stato di digiuno incerto, prima di interventi urgenti o in emergenza, nei pazienti in trattamento con agonisti del recettore del GLP-1 o con sintomi suggestivi di gastroparesi. Se l'ecografia gastrica conferma uno stomaco vuoto, l'induzione in sequenza rapida (Rapid Sequence Induction, RSI) può essere omessa dopo una valutazione individualizzata del rapporto rischio-beneficio.

2. Posizionamento del paziente



Il paziente deve essere posizionato con il capo sollevato, utilizzando un cuscino a cuneo o per il ramping, oppure in posizione anti-Trendelenburg.

3. Preparazione



La preossigenazione con ossigeno al 100% (FiO_2 1,0), con l'obiettivo di ottenere una concentrazione di ossigeno di fine espirazione (EtO_2) $\geq 80\%$, è obbligatoria. Prima dell'induzione devono essere predisposti un aspiratore funzionante dotato di sondino di aspirazione a grosso calibro e un tubo endotracheale con mandrino. Eventuali sondini gastrici devono essere mantenuti in sede e aspirati immediatamente prima dell'induzione dell'anestesia.

4. Utilizzo di checklist



Prima di ogni RSI va designato e chiaramente identificato un team leader. Un briefing standardizzato tramite checklist deve verificare: identità del paziente e ruoli del team, fattori di rischio specifici, monitoraggio, postazione anestesiológica, attrezzature, farmaci e accessi venosi.

GESTIONE

1. Induzione in sequenza rapida (RSI)



Si raccomanda il monitoraggio del blocco neuromuscolare prima dell'intubazione tracheale. Il corretto posizionamento del tubo endotracheale deve essere confermato mediante capnografia continua (EtCO_2). L'impiego di bloccanti neuromuscolari a insorgenza ritardata (ad es. atracurio) e l'applicazione della pressione cricoidea devono essere evitati.

2. Videolaryngoscopia



Deve essere disponibile in ogni momento.

3. Induzione in sequenza rapida modificata / controllata (mRSI)



Nei pazienti a rischio elevato di ipossiemia o instabilità emodinamica, la RSI modificata (mRSI) è un'alternativa alla RSI convenzionale. Gli elementi essenziali restano invariati: posizionamento con capo sollevato, preparazione di attrezzature, farmaci e personale, bloccanti neuromuscolari a dose piena. È inoltre consentita la ventilazione a pressione positiva fino a 15 mbar (15 cmH_2O).

GESTIONE DEL RIGURGITO O DELL'ASPIRAZIONE POLMONARE

1. Gestione



Si raccomanda l'intubazione endotracheale immediata. In alternativa, il paziente può essere posizionato con il capo declive prima dell'intubazione tracheale. In caso di aspirazione clinicamente significativa è raccomandata una broncoscopia. L'estubazione al termine della procedura è possibile in assenza di compromissione significativa degli scambi gassosi. La somministrazione routinaria di antibiotici o corticosteroidi non è raccomandata.

2. Monitoraggio dopo l'evento



Dopo un episodio di rigurgito o aspirazione polmonare, i pazienti asintomatici possono essere trasferiti in reparto di degenza ordinaria dopo 3 ore di osservazione clinica senza complicanze. Il ricovero routinario in terapia intensiva non è necessario.

FSPA

Fondazione per la
sicurezza dei pazienti
in anestesia

SSAPM
Swiss Society for Anaesthesiology
and Perioperative Medicine

Nota: La gestione delle vie aeree può essere eseguita da medici assistenti in anestesia o infermieri anestesisti sotto supervisione diretta.

Referenze: 1. Baettig SJ, Filipovic MG, Giroud M, Bomberg H, Hofer CK, Eichenberger U, Ganter MT. *SAFE anaesthesia for patients at risk of pulmonary aspiration: A nationwide survey.* Eur J Anaesthesiol Intensive Care. 2025 Mar 10;4 (2):e0070. 2. Baettig SJ, Filipovic MG, Bomberg H, Hofer CK, Ganter MT. *SSAPM practical recommendations for the perioperative management of pulmonary aspiration: a Swiss consensus.* BMC Anesthesiol., 2026 Apr 20; 26 (1): 339.