

INDICE

CAPITOLO 1

Corretto approccio al paziente di medicina estetica	13
Anamnesi e consenso informato	13
Monitoraggio	14
Importanza della via venosa	16

CAPITOLO 2

Assistenza respiratoria	21
Conoscenze anatomiche di base	21
Perdita del tono e apertura della via aerea	22
Ossigeno	26
Cassetta dell'emergenza	28
Assistenza respiratoria e presidi di base	29
Presidi respiratori	29
Presidi respiratori di base	30
Ambu vs unità respiratoria	39
Presidi respiratori intermedi (presidi extraglottici)	39
Quando usare i presidi respiratori	42
Il ruolo dell'assistente di studio	43

CAPITOLO 3

Emergenze mediche	45
Arresto cardiaco	45
Algoritmo BLS-D	47
Altre emergenze cardiovascolari (cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, aritmie cardiache)	58
Reazioni avverse e anafilassi	63
Emergenze neurologiche	80
Emergenze metaboliche	88

INDICE



CAPITOLO 4

Sedazione e gestione del paziente	89
Cos'è la sedazione	89
Approccio al paziente	91
Benzodiazepine	92

CAPITOLO 5

Anticoagulanti e antiaggreganti	97
Antivitamine K	98
Nuovi anticoagulanti orali	102
Terapia antiaggregante	109

CAPITOLO 6

Anestetici locali	113
Meccanismo d'azione	113
Eventi avversi e tossicità	116

CAPITOLO 7

Cortisonici e loro uso	119
Brevi note di fisiologia	119
Meccanismo di azione	121
Principali molecole in uso	121
Tapering	122
In sintesi	123
Interazioni principali	123

FARMACI E PRESIDI: LA DOTAZIONE INDISPENSABILE NELLO STUDIO DI MEDICINA ESTETICA

125

CAPITOLO 1

Corretto approccio al paziente di medicina estetica

Come per tutte le branche mediche, anche il paziente dell'ambulatorio di medicina estetica deve essere inquadrato correttamente, considerando due elementi fondamentali: anamnesi e consenso informato; monitoraggio.

Anamnesi e consenso informato

Rimane responsabilità del curante la raccolta dei dati anamnestici utilizzando sia il colloquio verbale che i formulari; questi ultimi possono servire al medico per approfondire tutti gli aspetti delle patologie genericamente indicate, come ad esempio la presenza di una malattia cardiovascolare, interventi chirurgici, ricoveri, terapie pregresse o in corso, farmaci assunti.

Ricordiamo che «il medico è responsabile di ciò che il paziente tace: avrebbe dovuto chiederglielo» (Ippocrate, IV sec. a.C.). A questo proposito, dai farmaci che il paziente assume si può risalire a eventuali patologie non menzionate o pregresse. Inoltre alcuni farmaci, come ad esempio gli antiaggreganti e gli anticoagulanti, richiedono una sospensione, anche se momentanea, e a volte un contatto con il medico prescrittore. Particolare attenzione sarà riservata all'eventuale presenza di allergie, le quali non precludono il trattamento con i filler, che raramente danno problemi sistematici, ma sottolineano la presenza di una diatesi allergica di base che va comunque tenuta in considerazione.

Oltre all'anamnesi generale, il medico dovrà porre attenzione all'anamnesi specifica del difetto estetico, sia sotto l'aspetto cosmetico che sotto quello funzionale e psicolo-

gico, ricordando che il paziente spesso si presenta con conoscenze raccolte da amici, parenti, web e da eventuali incontri con altri professionisti, condizioni che indirizzano le sue aspettative. Anche le procedure mininvasive, che non sono prive di rischi e complicatezze, seppur rare, richiedono il consenso del paziente.

Le specifiche del trattamento estetico e tutte le informazioni relative ad esso, compresi gli effetti collaterali, esulano dalla presente trattazione, che è indirizzata al trattamento di possibili emergenze che possono insorgere durante l'attività.

Il consenso informato dovrà essere firmato dal paziente, dovrà contenere il piano di trattamento, i rischi, le complicatezze e le alternative, e tutto ciò dovrà essere chiaramente spiegato dal medico in modo che il consenso sia consapevole.

Monitoraggio

Il monitoraggio del paziente è un elemento essenziale nella prevenzione e nella gestione delle emergenze in tutti gli ambiti medico-chirurgici, incluso quello della medicina estetica (VIDEO 1).

Normalmente le apparecchiature dedicate al monitoraggio non fanno parte delle attrezzature di base presenti nello studio di medicina estetica. Tuttavia, è fondamentale, nell'ottica della prevenzione delle emergenze, avere in studio una dotazione di base molto semplice, composta da:

- o un rilevatore di pressione arteriosa;



CAPITOLO 2

Assistenza respiratoria

È convinzione comune che l'arresto cardiaco sia l'unica emergenza che, oltre al trattamento specifico (massaggio cardiaco esterno + defibrillatore automatico esterno), comporti anche un'assistenza respiratoria (respirazione bocca a bocca, Ambu o unità respiratoria se presente l'ossigeno). Nella realtà l'assistenza respiratoria è fondamentale nella prevenzione e nel trattamento di qualsiasi emergenza:

- cardiocircolatoria;
- respiratoria;
- neurologica;
- metabolica.

Per questo è necessario un **cambio di approccio mentale: lo studio deve essere fornito della monitorizzazione, della bombola di ossigeno e dei presidi che presenteremo, così da essere in grado di affrontare qualsiasi emergenza, perché l'assistenza respiratoria verrà sempre prima o assieme al trattamento farmacologico specifico quando necessario.**

Conoscenze anatomiche di base

La via aerea superiore è divisa in tre aree: rinofaringe, orofaringe e ipofaringe, con un confine solo virtuale perché di fatto ciascuna area si continua nell'altra.

Il passaggio dell'aria attraverso il rinofaringe ha lo scopo di filtrare, riscaldare, umidificare e assicurare un flusso laminare diretto verso l'aditus laringeo (fig. 7).

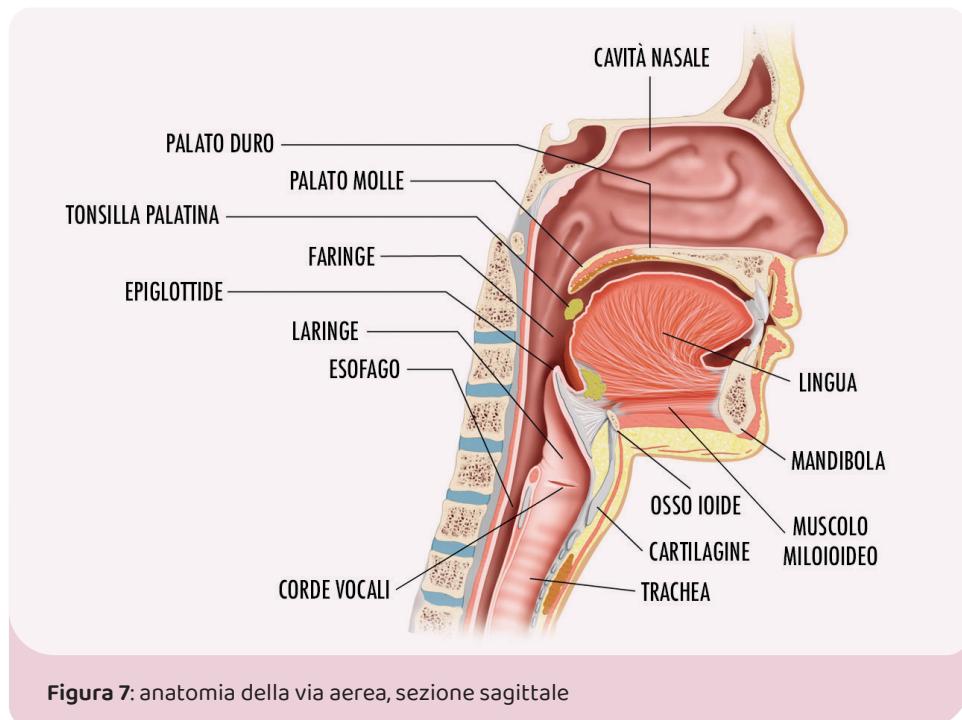


Figura 7: anatomia della via aerea, sezione sagittale

Perdita del tono e apertura della via aerea

In posizione supina a paziente cosciente, il tono muscolare serve a mantenere uno spazio fra lingua, epiglottide e parete posteriore del faringe (fig. 8).

Quando il paziente perde coscienza, evenienza possibile nello studio medico, perde il tono muscolare e la lingua/palato molle si rilassano e ostruiscono l'aditus laringeo (fig. 9), ostacolando la ventilazione e a lungo andare provocando ipossia cerebrale.

L'ostruzione viene superata e risolta con le cosiddette manovre di disostruzione:

- 1) **iperestensione del capo e sollevamento del mento** (la prima e più importante manovra) (figg. 10A e 10B);
- 2) sublussazione della mandibola (figg. 11A e 11B);
- 3) inserimento della cannula orofaringea (se le precedenti manovre non raggiungono l'obiettivo di realizzare la pervietà delle vie aeree) (fig. 12) (VIDEO 4).

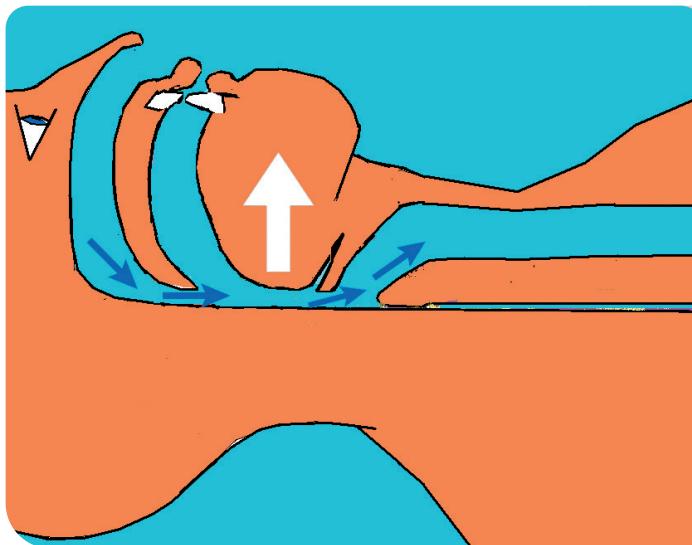


Figura 8:
paziente sveglio
che respira

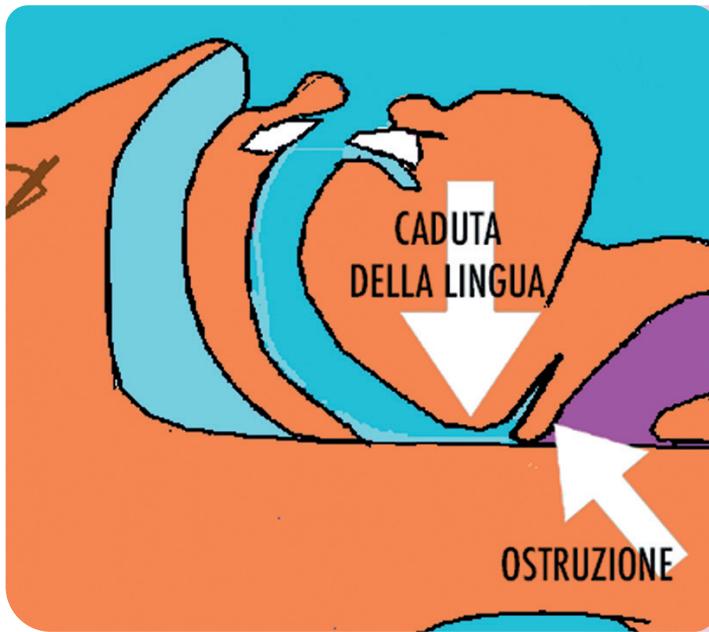


Figura 9:
paziente
incosciente
con ostruzione
dell'aditus
laringeo

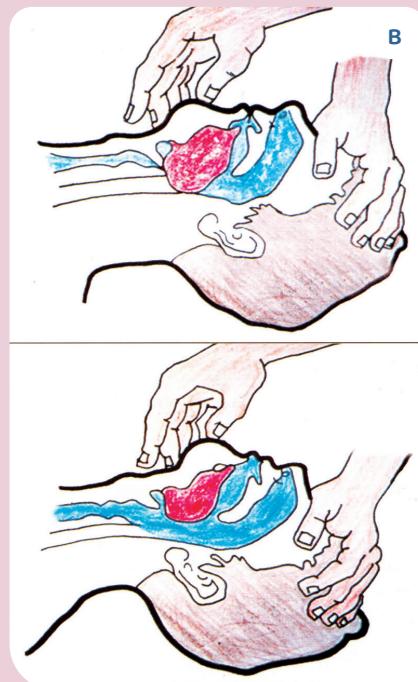


Figura 10: manovra di iperestensione del capo e sollevamento del mento



LE MANOVRE DI APERTURA DELLA VIA AEREA





Figura 20:
una Ventimask
correttamente
posizionata con
ugello color rosso
(10 L, 40% di ossigeno)



Figura 21: maschera con reservoir,
raggiunge il 60% di FiO_2



Figura 22: Ventimask classica con un
unico ugello, fornisce un massimo di
 FiO_2 del 40-50% con flusso di 9-10 L/min

CAPITOLO 3

Emergenze mediche

In questo capitolo prendiamo in esame le diverse emergenze cliniche in cui può trovarsi ad operare il medico estetico.

Il comportamento da tenere all'insorgere dell'emergenza in un paziente che è consciente è sempre lo stesso:

- monitorare saturimetria, frequenza cardiaca e pressione arteriosa, se non lo si era fatto in precedenza;
- fare una valutazione congiunta fra i valori riscontrati e le condizioni cliniche del paziente;
- ipotizzare una diagnosi di probabilità e agire di conseguenza, somministrando ossigeno con device appropriati e, se necessario, con farmaci.

L'ossigeno risulta pertanto, come già affermato, il primo presidio da utilizzare in tutte le condizioni di urgenza/emergenza.

Questo è il vero cambio di approccio che vogliamo trasmettere, ricordando che ciascuno di noi ha l'obbligo di comportamento e non di risultato. Nessuno mai potrà condannare il medico di medicina estetica che non abbia effettuato manovre avanzate (come intubazione orotracheale o cricotirotomia), ma sarà passibile di sanzione se non avrà fornito il minimo supporto necessario (assistenza respiratoria di base).

Arresto cardiaco

L'arresto cardiaco, che è l'emergenza più grave che può verificarsi all'interno di uno studio medico, è un'improvvisa cessazione dell'attività emodinamica cardiaca (pom-

I quadri clinici

Nella pratica quotidiana è importante riconoscere tempestivamente i quadri clinici e trattarli in modo adeguato indipendentemente dai meccanismi eziopatogenetici e chimici (reazioni immunologiche e non). I segni clinici interessano con un crescendo di gravità:

- cute e mucose;
- apparato gastroenterico;
- apparato respiratorio;
- apparato cardiovascolare.

Le manifestazioni cutaneo-mucose sono di solito le prime a comparire: prurito, formicolii, pizzicamenti, bruciori, vari tipi di eritema (al collo, torace e viso), orticaria generalizzata, edema di Quincke (palpebre, labbra, lingua, faringe e laringe), rinnorrea, starnuti e lacrimazione.

Le manifestazioni dell'apparato gastroenterico sono segni riferibili alla contrazione della muscolatura liscia, all'edema e alla ipersecrezione: scialorrea, nausea, vomito, diarrea e dolori addominali.

Le manifestazioni dell'apparato respiratorio sono inizialmente tosse secca, poi ipersecrezione, polipnea e broncospasmo, che è il sintomo più grave (fig. 44).

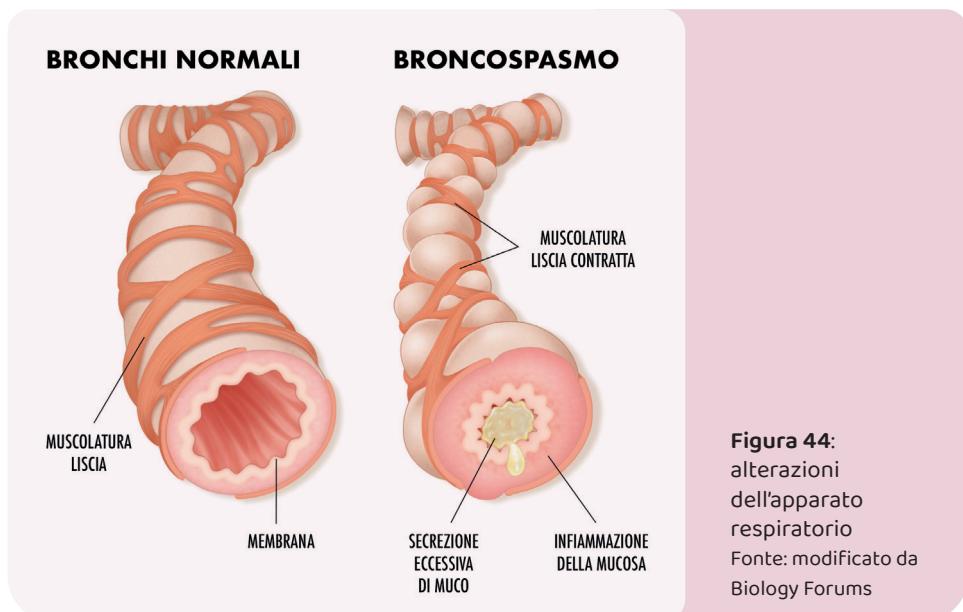


Figura 44:
alterazioni
dell'apparato
respiratorio
Fonte: modificato da
Biology Forums



Figura 45: edema della palpebra



Figura 46: edema delle labbra

CAPITOLO 6

Anestetici locali

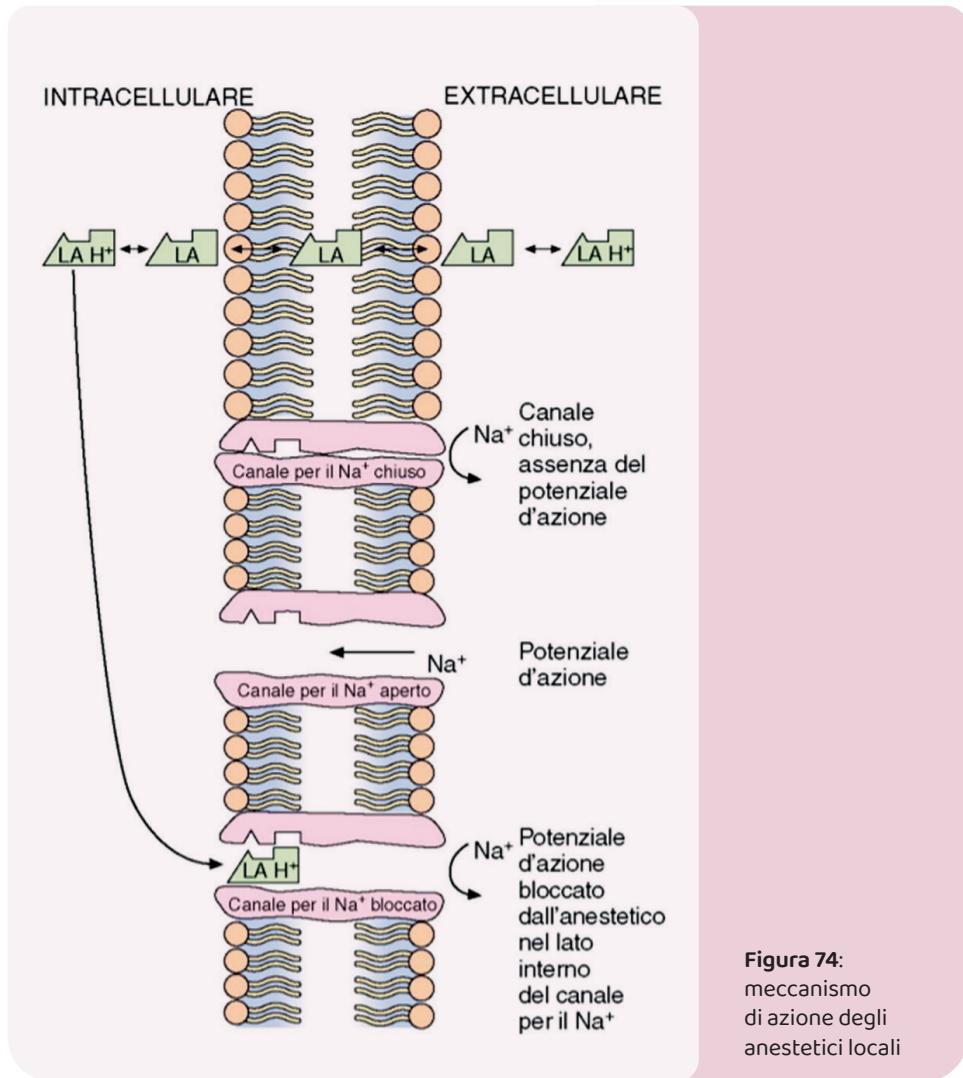
Meccanismo d'azione

Gli anestetici locali sono una classe di farmaci che provoca la perdita di sensibilità in una limitata regione del corpo, inibendo la conduzione nervosa attraverso il blocco dei canali del sodio presenti su tutte le membrane delle cellule eccitabili. Questo meccanismo di azione spiega la loro efficacia terapeutica come anestetici, ma anche i loro effetti collaterali, spesso ignorati, che possono manifestarsi sul sistema nervoso centrale e sul cuore. Tutti gli anestetici locali sono formati da un polo lipofilo (anello aromatico), una catena intermedia (con legame estere o amidico) e un polo idrofilo. Sulla base della struttura chimica della catena intermedia si distinguono due gruppi:

- amminoesteri (cocaina, tetracaina, benzocaina, clorprocaina);
- amminoamidi (lidocaina, mepivacaina, bupivacaina, ropivacaina e infine articaina, che è presente solo in associazione con il vasocostrittore).

L'anestetico locale blocca la conduzione nervosa lungo la fibra. La parte lipofila (anello aromatico) agisce attraversando la porzione lipidica della membrana cellulare, mentre la parte idrofila blocca il recettore del sodio all'interno della membrana stessa. Per comprendere appieno il meccanismo di azione dobbiamo conoscere le caratteristiche fisico-chimiche degli anestetici locali. In particolare dobbiamo porre attenzione alla liposolubilità, al legame proteico e alla costante di dissociazione (pK).

La liposolubilità condiziona la potenza degli anestetici locali e l'onset, in quanto determina la capacità di attraversare più o meno facilmente la membrana cellulare fosfolipidica.



d'azione maggiore. Oltre alle caratteristiche fisico-chimiche descritte dobbiamo ricordare che l'azione degli anestetici locali è anche influenzata da fattori interferenti, come pH tissutale troppo acido o alcalino, eccessiva diluizione con liquidi organici, eccessiva distanza dal bersaglio, assorbimento troppo rapido dell'anestetico locale nella circolazione sistemica.