

VALUTAZIONE PREOPERATORIA.

Visita per lo screening preoperatorio per valutare i pz. prima dell'intervento.

ANAMNESI

- A. Indicazione alla procedura chirurgica, precedenti anestesi, terapia farmacologia in atto.
- B. Rivalutazione della cartella clinica.
- C. Acquisizione e/o rivalutazione degli esami ematochimici-strumentali, delle consulenze specialistiche necessarie
- D. Prescrizioni di trattamenti preoperatori
- E. Determinare la situazione clinica del paziente ed elaborare un piano di gestione anestesiológica

CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO SECONDO LA SOCIETA' AMERICANA ANESTESISTI

Classe ASA	Stato di malattia
1	Nessun disturbo clinico
2	Patologia sistemica lieve-moderata
3	Patologia sistemica grave
4	Patologia sistemica grave pericolosa per la sopravvivenza
5	Paziente moribondo che come ultima chance viene sottoposto ad interv.

Fattori di Rischio per **Cardiopatìa**

- Diabete mellito**
- Iperensione**
- Ipercolesterolemia**
- Fumo**
- Vasculopatia periferica-**

Possibilità di reinfarto in pz.con precedente IMA

Intervallo tra il precedente IMA
e l'interv.

0-3 mesi	37%
4-6 mesi	16%
+ 7 mesi	5,6%

-I pz.con **Angina instabile** hanno un rischio operatorio alto

-I pz.con **Insuff.Ventricolare Sin.**a riposo o con segni di ischemia possono sviluppare

IPOPENSIONE e BASSA GITTATA perioperatoriamente.

-I pz. con **IMA** trattati con trombolitici,angioplastica e che presentano la prova da sforzo negativa,sono sicuramente ad alto rischio per **Coronaopatia**,ma sicuramente hanno un basso rischio di reinfarto se paragonato a chi presenta angina ricorrente .

Routinariamente è prudente far passare 6-12 settimane per un intervento di elezione per dare il tempo alle placche ateromatose di stabilizzarsi ed al miocardio di ripararsi.

-I pz.con **Insufficienza Cardiaca Congestizia** sono ad alto rischio di morbilità perioperatoria.

L'IPERTENSIONE

Nell'Ipertensione è importante determinare la presenza del danno agli organi bersaglio(cardiovascolare,renale,neurologico, e la terapia in corso.

La presenza del danno indica che il pz.è abituato a viaggiare con valori pressori alti così che l'autoregolazione ed i limiti inferiori per il controllo pressorio sono spostati verso l'alto.

E' importante posticipare la chirurgia elettiva se la pressione diastolica si aggira su valori maggiori di 110.

CLASSIFICAZIONE DELL'IPERTENSIONE.

CATEGORIA	Pressione sist.	Pressione diast.
Normale	>130	>85 85-89
Più alta del normale	130-139	
Ipertensione	140-159	99
Stadio 1 lieve		
Stadio 2 moderata	160-179	100-109
Stadio 3 grave	180-209	110-119
Stadio 4 molto grave	>210	> 120

Indispensabile l'ECG per valutare la presenza di una Ipertrofia ventricolare sin.sotto sforzo(indice di ischemia cronica)

Strategie per ridurre il rischio perioperatorio nelle patologie polmonari:

Preoperatorio:

- Interrompere il fumo
- Esercizi respiratori
- Broncodilatatori per via inalatoria
- Controllo secrezioni ed infezioni
- Ridurre il peso

Intraoperatoriamente

- Durata limitata dell'anestesia
- Iperinsufflazione intermittente
- Controllo delle secrezioni
- Prevenzione della broncoaspirazione
- Broncodilatazione ottimale

Postoperatorio

- Mobilizzazione delle secrezioni
- Deambulazione precoce
- Stimolazione di colpi di tosse
- Controllare il dolore con farmaci non oppiacei.

Nella valutazione del rischio:

- Una storia di **Iperreattività** delle vie aeree pone il pz.a rischio broncospasmo
=====
- La presenza di **Asma** richiede la valutazione della reversibilità dei sintomi,con prescrizione di steroidi preoperatoriamente.
- La presenza di **Broncopatia Cronica Ostruttiva** con esacerbazione di sibili,può indicare un nuovo processo di bronchite ,o polmonite che merita un trattamento antibiotico e posticipo dell'intervento.
- La presenza di **Dispnea** e /o diminuita tolleranza allo sforzo identificano il rischio di complicanze polmonari periop.
- L'Apnea Notturna** che indica ostruzione intermittente delle vie aeree,può associarsi a difficile mantenimento della pervietà delle vie aeree o intubazione difficile.
- Il FUMO è un indice di rischio cardiovascolare e polmonare. La interruzione del fumo per 24 ore può diminuire la quantità di Carbossiemoglobina e migliorare l'ossigenazione,ma per ripristinare la clearance Mucociliare servono non meno di 6 settimane.
- La presenza di tosse e di infezione recente delle vie aeree suggerisce il posticipo dell'intervento.

-