


 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>	 A.D. MDLXII <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>		
<p>TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard</p>		<p>CODIFICA AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE 01</p>	<p>DATA Novembre 2023</p>



DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
<p>Novembre 2023</p>	<p>Prof. Sandra Magnoni, DIR S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p>	<p>Dott. Roberto Foddanu, DIR S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>Dott. Luigi Cugia Direttore Sanitario</p>
	<p>Prof. Antonio Pinna, Direttore S.C. Clinica Oculistica</p>		

REVISIONE	DATA	MOTIVO	PAGINE

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE 01</p>	<p>DATA Novembre 2023</p>	<p>Pagina 2 di 11</p>

INDICE:

1. PREMESSA _____	pag.3
2. SCOPO/OBIETTIVO _____	pag.4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE _____	pag.4
4. TERMINOLOGIA _____	pag.4
5. RESPONSABILITÀ _____	pag.5
6. SINTESI DELLE EVIDENZE E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____	pag.6
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ _____	pag.8
8. ALLEGATI _____	pag.11
9. ARCHIVIAZIONE _____	pag.11

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE 01</p>	<p>DATA Novembre 2023</p>	<p>Pagina 3 di 11</p>

1. PREMESSA

In accordo con quanto enunciato nelle *Linee Guida AIMO 2022 - La chirurgia della cataratta dell'adulto: indicazioni all'intervento, percorso preoperatorio, tecniche operatorie, percorso postoperatorio* (documento condiviso dalle Società Scientifiche di Anestesia e Oculistica SIAARTI, AIMO, SISO e SIFOP):

“nei pazienti adulti che si sottopongono ad un intervento di cataratta in anestesia topica, la presenza continuativa dell'anestesista in sala operatoria va riservata ad interventi eseguiti in pazienti con patologie sistemiche che mettano a rischio le funzioni vitali, oltre che in presenza di pazienti claustrofobici o con disabilità psichiatrica, per i quali sia stata richiesta la valutazione anestesiological preoperatoria”.



Gli studi disponibili non evidenziano un aumento della numerosità di complicazioni sistemiche senza la presenza continuativa dell'anestesista in sala operatoria. Anche in pazienti a basso rischio, considerando l'assenza di evidenze forti sull'effetto benefico della presenza continuativa dell'anestesista, nei casi in cui non sia stata preventivamente richiesta alcuna prestazione di natura anestesiological, **non è necessario che il medico anestesista-rianimatore effettui una valutazione preoperatoria o che sia presente continuativamente.**

In questi casi si ritiene sufficiente che sia prevista ed organizzata la disponibilità di un medico specialista in Anestesia e Rianimazione presente nel Blocco Operatorio che possa intervenire in caso di situazioni di urgenza e di emergenza nei tempi codificati per tali evenienze da linee guida e documenti di buona pratica clinica.

Per pazienti con **patologie giudicate a significativo rischio di complicanze sistemiche o con condizioni cliniche particolari, o in situazioni oculari complesse a giudizio del chirurgo**, si suggerisce specifica **consulenza anestesiological preoperatoria** e la presenza concordata dell'anestesista in sala operatoria secondo giudizio che lo stesso esprimerà nella valutazione preoperatoria.

Lo screening preoperatorio dei pazienti da sottoporre a chirurgia oftalmica minore viene di preferenza eseguito mediante la somministrazione di un questionario clinico da compilare da parte del medico oculista al momento della valutazione preoperatoria per stabilire l'idoneità del paziente e la necessità o meno di assistenza anestesiological.

Il monitoraggio durante la chirurgia della cataratta nell'adulto include generalmente l'uso di un monitor cardiaco, di un pulsossimetro e della misurazione della pressione sanguigna e della capacità respiratoria. Questi dovrebbero essere eseguiti da personale (diverso dall'oftalmologo che opera) qualificato per monitorare e gestire lo stato sistemico del paziente.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE 01</p>	<p>DATA Novembre 2023</p>	<p>Pagina 4 di 11</p>

2. SCOPO/OBIETTIVO

Identificare i processi clinici e organizzativi sulla preparazione e conduzione della chirurgia della cataratta nell'adulto secondo gli attuali standard, per un miglior screening dei pazienti e la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse impiegate.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE



Chirurgia della cataratta presso il blocco operatorio presso le Cliniche di San Pietro dell'AOU di Sassari.

4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

CPS-OI: Collaboratore professionale Infermieristico di ambulatorio oculistico

PS-CO: Collaboratore professionale Infermieristico del comparto operatorio (sala di oculistica)

BO: blocco operatorio



 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>A. D. MDLXII</p> <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE 01</p>	<p>DATA Novembre 2023</p>	<p>Pagina 5 di 11</p>

5. RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	<i>Coordinatore Infermiere stico</i>	CPSI-O	CPSI-CO	Personale di supporto	Oculista	Anestesista *
<i>Preparazione del paziente operando e verifica delle condizioni preoperatorie</i>		R			C	
<i>Nulla osta al trasferimento in CO</i>		C			R	
Allestimento e controlli quotidiani di sala operatoria	R		C			
Trasferimento e posizionamento sul letto operatorio			R	C		
Monitoraggio intraoperatorio			R		C	C
Gestione e trattamento di eventi avversi e complicanze non chirurgiche			C		C	R
Dimissione dal BO			C		R	

R=Responsabile C=Coinvolto

*Primo anestesista disponibile in caso di emergenza e anestesista "fuori campo" in caso di urgenza differibile.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA</p> <p>Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA</p> <p>AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE</p> <p>01</p>	<p>DATA</p> <p>Novembre 2023</p>	<p>Pagina 6 di 11</p>

6. Sintesi delle evidenze e riferimenti bibliografici



Riassumiamo di seguito le evidenze che gli Autori delle recenti Linee Guida AIMO 2022 (1) hanno identificato circa la necessità o meno della presenza continuativa dell'anestesista per interventi di cataratta eseguiti, in particolare, con anestesia topica.

La ricerca condotta sulle principali banche dati biomediche ha identificato 2680 record. Dallo screening di titolo e abstract sono stati selezionati 36 articoli ed è stato individuato un rapporto HTA (2) che valutava gli esiti della chirurgia della cataratta eseguita in presenza di anestesista rispetto ad un intervento in assenza di un anestesista in un setting non ospedaliero. Il documento HTA non aveva però identificato nessun studio. È stata quindi condotta un'ulteriore ricerca per l'aggiornamento del rapporto HTA che ha portato all'identificazione di uno studio comparativo (3) e l'esclusione di 17 articoli.

Considerata la scarsità delle evidenze disponibili sono stati selezionati sei studi osservazionali (3-8) che non rispondevano ai criteri di inclusione definiti a priori ma che sono stati considerati utili dal Panel per rispondere al quesito clinico.

Pepin et al. (3), in uno studio retrospettivo osservazionale, riportano i dati di 248 pazienti sottoposti a chirurgia della cataratta suddivisi in due gruppi sulla base alla presenza di comorbilità (diabete, patologie respiratorie, ipertensione, ecc.). I pazienti con comorbilità sono stati trattati con anestesia topica in presenza di un team di anestesisti (Gruppo A); gli altri pazienti sono stati trattati con anestesia topica senza la presenza di un team di anestesisti; per questi pazienti era disponibile un protocollo operativo per la sedazione, da applicare in caso di necessità, da parte di un infermiere (Gruppo B). Tra i due gruppi non si osservano differenze significative nel numero di complicazioni peri-operatorie (RR 1,10; IC 95% 0,46-1,64, p=0,83) come rotture capsulari, apposizione di suture, ipertoni, edema di Irvine Gass, ulcere corneali e reintervento per residui lenticolari.

Sei studi di coorte non comparativi, o che confrontavano diversi sottogruppi, hanno analizzato i motivi di una richiesta di intervento da parte dell'anestesista durante l'intervento di cataratta e valutato l'impatto della richiesta di intervento sugli eventi avversi. In uno studio italiano che ha analizzato 2005 pazienti che hanno ricevuto l'anestesia topica per la facoemulsificazione (4) l'anestesista è stato chiamato in 433 casi (21,6%), principalmente a causa di agitazione (10,3% dei casi) o ipertensione (9,5%). Nello stesso studio, in 97 pazienti sottoposti a chirurgia della cataratta in regime di anestesia peribulbare (PA) e in 97 pazienti sottoposti allo stesso intervento in regime di anestesia topica (TA) l'anestesista è stato chiamato in 37 casi (38,14%) nel gruppo PA e in 27 casi (27,84%) nel gruppo TA (p = 0,123). Uno studio osservazionale prospettico indiano (6) aveva come obiettivo quello di studiare l'entità dell'intervento anestetico e la sua associazione con comorbilità sistemiche in 717 pazienti operati di cataratta. Lo studio mostra che 113 (15,72%) pazienti hanno avuto eventi avversi durante l'intervento e hanno richiesto l'intervento dell'anestesista presente.



 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO		 S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative S.C. Clinica Oculistica	
TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard	CODIFICA AN CAT POS 01	VERSIONE 01	DATA Novembre 2023	Pagina 7 di 11

Uno studio condotto su 1006 pazienti sottoposti a chirurgia della cataratta in un centro ambulatoriale di chirurgia (7) ha valutato la necessità di intervento di un team di specialisti in anestesia e cercato i fattori di rischio associati. L'intervento del personale anestesilogico (es. richiesta di sedazione supplementare, richiesta di altri trattamenti, corretto posizionamento, richiesta di conforto, ecc.) è stato richiesto in 376 (37,4%) casi.

Lo studio inoltre non riporta una correlazione significativa tra presenza di patologie concomitanti e necessità di intervento, ad eccezione di alcuni sottogruppi di pazienti come ipertesi sistemici, pazienti con malattie polmonari, con malattie renali e con cancro. L'intervento è stato richiesto nel 61,1% dei pazienti di età inferiore ai 60 anni rispetto al 36,5% dei pazienti di 60 anni e più ($P = 0,005$). Infine, in uno studio statunitense (8) relativo a 270 interventi di cataratta eseguiti in anestesia locale il reparto di anestesiologia è stato consultato 24 volte. Diciannove consultazioni hanno coinvolto pazienti classificati secondo la severità della patologia, utilizzando la classificazione dell'American Society of Anesthesiologist (ASA). Nella maggior parte dei casi (23 su 24), il servizio di anestesia ha fornito una consultazione e ha lasciato che gli infermieri continuassero a monitorare il paziente. In un solo 1 caso (ASA 3), è stata richiesta l'assistenza anestesilogica monitorata sollevando l'infermiere dal monitoraggio del paziente.

Uno studio francese (9) ha valutato l'incidenza di eventi avversi durante l'intervento di cataratta e il grado di soddisfazione da parte dei pazienti in un setting ambulatoriale. In totale, tra 651 interventi di cataratta eseguiti, il 94,3% erano senza eventi avversi. Sono stati registrati 30 (4,6%) eventi avversi intraoperatori e 8 (1,2%) complicazioni chirurgiche. Tutti gli interventi sono stati completati con successo e non è stato richiesto nessun intervento di emergenza o ricovero in ospedale. Il punteggio medio alla Iowa Satisfaction with Anaesthesia Scale (ISAS) è stato di 5,7/6, indicando un'alta soddisfazione del paziente. Gli autori concludono che un centro ambulatoriale di chirurgia della cataratta senza assistenza anestesilogica peri operatoria è una procedura sicura con alta soddisfazione del paziente.

1. Linee Guida AIMO 2022 - La chirurgia della cataratta dell'adulto: indicazioni all'intervento, percorso preoperatorio, tecniche operatorie, percorso postoperatorio (documento condiviso dalle Società Scientifiche di Anestesia e Oculistica SIAARTI, AIMO, SISO e SIFOP)
2. Cadth. Cataract Surgery Performed without an Anesthesiologist: Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa: CADTH; 2017 July
3. Pepin et al. J Fr Ophtalmol. 2018; 41:441-6
4. Basta et al. Minerva anestesilogica 2011; 77:877-83

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>A.D. MDLXII</p> <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA</p> <p>Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA</p> <p>AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE</p> <p>01</p>	<p>DATA</p> <p>Novembre 2023</p>	<p>Pagina 8 di 11</p>

5. Gemma et al. EJO 2010; 20:687-93
6. Khan et al. Saudi J Anaesth 2020;436-41
7. Rosenfeld SI, et al. Ophthalmology. Effectiveness of monitored anesthesia care in cataract surgery; 1999; 106:1256-61
8. Tantri et al. J Cataract Refract Surg 2006; 32:1115-8
9. Duroi et al. Sci Rep 2011; 11:8311

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

7.1 GESTIONE DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A CHIRURGIA DELLA CATARATTA SENZA ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA CONTINUATIVA



a - Preparazione del Paziente e arrivo in Sala Chirurgica

L'infermiere dell'ambulatorio di oculistica (CPSI di ambulatorio oculistico) accetta e identifica il paziente previsto in lista operatoria, verifica la presenza della scheda di screening preoperatorio (**ALLEGATO A**) e di valutazione del rischio cardiologico peri-operatorio (**ALLEGATO B**) compilate alla prima visita e procede alla misura e trascrizione in cartella in maniera chiara e leggibile di data e ora, dei parametri vitali misurati (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e temperatura) e della glicemia (se paziente diabetico). L'infermiere verifica inoltre la condizione di digiuno preoperatorio (indicandolo in cartella), procede al posizionamento di un accesso venoso periferico (ago 20 G) e riferisce al medico l'esito dei controlli; compila la parte di pertinenza infermieristica della SISPAC OCULISTICA.

Il medico oculista, sotto la sua responsabilità, autorizza a procedere con l'intervento chirurgico e a trasferire il paziente nel comparto chirurgico. Il medico oculista verifica che il paziente sia stato esaustivamente informato e abbia firmato il relativo consenso, e fa dilatare l'occhio da operare; compila inoltre la parte di pertinenza della SISPAC OCULISTICA.

Il paziente viene quindi condotto in sala chirurgica dal personale ausiliario, su sedia a rotelle, provvisto di:

- abbigliamento idoneo da camera (comodo e leggero);
- sovra camice correttamente allacciato;
- pantofole o scarpe leggere con calzari correttamente indossati;

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA</p> <p>Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA</p> <p>AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE</p> <p>01</p>	<p>DATA</p> <p>Novembre 2023</p>	<p>Pagina 9 di 11</p>

- mascherina chirurgica (coprendo completamente naso e bocca);
- copricapo (contenendo completamente i capelli);
- cartella clinica correttamente compilata;
- SISPAC e scheda di screening preoperatorio datata e firmata

b - Monitoraggio e Gestione Intraoperatoria



Prima di posizionare il paziente sul lettino operatorio, viene compilata da parte dell'equipe chirurgica ed infermieristica la sezione relativa della scheda integrata di sicurezza del paziente per la chirurgia oftalmica (SISPAC), omettendo la parte relativa alla gestione anestesiologicala, qualora non prevista, e includendo la verificata dell'esecuzione dei controlli quotidiani di funzionamento della workstation di anestesia effettuata dal personale infermieristico, così come il controllo del carrello di sala che deve essere rifornito di tutto il materiale, come previsto da elenco disponibile sul carrello.

Una confezione contenente atropina 1 mg/ml deve essere depositata sul carrello, sempre pronta per l'uso, assieme ad una siringa da 5 ml e soluzione fisiologica da 10 ml per la diluzione del farmaco. L'infermiere di sala fuoricampo provvede alla verifica del funzionamento dell'accesso venoso, (senza collegare infusioni, ma predisponendo in pronta disponibilità una soluzione elettrolitica bilanciata da 500 ml e un deflussore) e al monitoraggio multiparametrico continuo mediante elettrocardiogramma, pulsossimetria, pressione arteriosa (intervallo ogni 5 min) e frequenza respiratoria.

Nel caso in cui si verificano alterazioni "critiche" o deterioramento rapido dei parametri vitali misurati: frequenza cardiaca (FC), saturazione periferica di ossigeno (SpO₂), pressione arteriosa non invasiva, frequenza respiratoria, stato di coscienza, secondo il codice colore giallo-rosso della scala N.E.W.S (Figura 1), si **chiederà l'intervento immediato dell'anestesista "fuori campo"** mediante chiamata al numero breve **7778** (cellulare: 334/8106769) e concomitante chiamata del primo anestesista disponibile, non impegnato in manovre salvavita e/o non sospendibili, delle sale adiacenti dalla 6 alla 7 alla 8.

In caso di persistente rialzo dei valori pressori (PA > 180/100 mmHg), agitazione, scarsa collaborazione, disconfort e/o dolore durante l'intervento, potrà essere chiesto l'intervento dell'anestesista fuori campo o del primo anestesista disponibile in base alle priorità di intervento in corso nelle altre sale operatorie.

In caso di intervento e/o di somministrazione di farmaci, l'anestesista darà il nulla osta a continuare l'intervento e scriverà in cartella una breve epicrisi con nome del farmaco, posologia di somministrazione, data, ora, firma e successivamente compilerà la propria consulenza nell'applicativo Galileo.

 <p>AOU Sassari</p> <p>Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management</p>	<p>ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO</p>		 <p>S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative</p> <p>S.C. Clinica Oculistica</p>	
<p>TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard</p>	<p>CODIFICA AN CAT POS 01</p>	<p>VERSIONE 01</p>	<p>DATA Novembre 2023</p>	<p>Pagina 10 di 11</p>

c - Dimissione dalla Sala Chirurgica

Terminato l'intervento, in assenza di complicanze e a parametri vitali stabili, il paziente viene dimesso dalla sala operatoria da parte dell'equipe oculista-infermiere, che completa la compilazione della SISPAC, e ordina il trasferimento del paziente in ambulatorio oculistico per la dimissione a domicilio. In caso di complicanze o di intervento dell'anestesista, quest'ultimo darà indicazione in merito all'eventuale necessità di un periodo di osservazione in sala di recovery, prima del trasferimento in ambulatorio.

7.2 GESTIONE DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A CHIRURGIA DELLA CATARATTA CON ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA CONTINUATIVA

Il paziente che necessita di assistenza anestesiologicala continuativa deve essere precedentemente identificato durante la valutazione preoperatoria e sottoposto a visita anestesiologicala preoperatoria. L'intervento deve essere programmato nell'ambito delle sedute previste con assistenza anestesiologicala continuativa.



 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale S.S.D. Qualità Accreditamento Clinical Governance Risk Management	ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA NELLA SALA DI OCULISTICA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA NELL'ADULTO		 A.D. MDLXII S.C. Anestesia, Medicina del dolore e Cure Palliative S.C. Clinica Oculistica	
				TIPOLOGIA Procedura Operativa Standard

Figura 1. Scala N.E.W.S

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤ 8		9-11	12-20		20-24	≥ 25
Saturazione d'ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea	≤ 35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥ 39,1	
Pressione sistolica	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
Frequenza Cardiaca	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale dolore provocato coma

8. ALLEGATI

- 1) Scheda di valutazione preoperatoria
- 2) Scheda di valutazione del rischio cardiologico peri-operatorio (chirurgia non cardiaca)

9. ARCHIVIAZIONE

Questa Procedura è disponibile presso le Strutture di Anestesia e Oculistica del

QUESTIONARIO DI SCREENING PREOPERATORIO OCULISTICO

COGNOME _____ NOME _____ ETA' _____ PESO _____

SOFFRE DI ALLERGIE? QUALI?	SI	NO
SOFFRE DI ANGINA PECTORIS?	SI *	NO
HA MAI AVUTO UN INFARTO CARDIACO?	SI	NO
HA MAI AVUTO UN 'EMBOLIA POLMONARE?	SI	NO
HA MAI AVUTO UNO SCOMPENSO CARDIACO?	SI	NO
SOFFRE DI ARITMIA CARDIACA?	SI	NO
SOFFRE DI IPERTENSIONE ARTERIOSA (PRESSIONE ALTA)?	SI	NO
SOFFRE DI DIABETE MELLITO?	SI	NO
SOFFRE DI INSUFFICIENZA RENALE?	SI	NO
SOFFRE DI ASMA?	SI	NO
SOFFRE DI BRONCHITE CRONICA?	SI	NO
HA MAI AVUTO UN ICTUS CEREBRALE?	SI	NO
HA MAI AVUTO UN TIA CEREBRALE?	SI	NO
SOFFRE DI MORBO DI PARKINSON?	SI *	NO
SOFFRE DI MIASTENIA?	SI *	NO
SOFFRE DI MALATTIA PSICHIATRICA?	SI *	NO
SOFFRE DI CIRROSI EPATICA?	SI	NO
SOFFRE DI QUALCHE ALTRA MALATTIA IMPORTANTE? QUALE?	SI	NO

QUALI INTERVENTI DI CHIRURGICI HA AVUTO?

QUALI FARMACI PRENDE?

HA AVUTO PROBLEMI DI ANESTESIA IN PASSATO?

HA AVUTO RECENTEMENTE RICOVERI IN PRONTO SOCCORSO PER MOTIVI RESPIRATORI, CARDIOLOGICI O NEUROLOGICI? *

DATA _____

FIRMA _____

*chiedere valutazione anestesilogica

Protocollo di valutazione del rischio cardiologico peri-operatorio (chirurgia non cardiaca)

NB: Si applica solo ai pazienti che devono effettuare interventi in elezione (secondo le linee guida ESC/EAS – 2014)

A cura del chirurgo proponente

Data

Reparto

Nome del paziente Chirurgo referente

Intervento programmato:

A cura dell'anestesista

Il paziente presenta una delle seguenti condizioni di **elevato rischio cardiovascolare?**

Angina instabile; Scompenso cardiaco in fase acuta o instabile; Aritmie significative (esclusa la fibrillazione atriale); Valvulopatie sintomatiche di grado moderato o severo; Infarto del miocardio recente (nei 30 giorni precedenti).

SI. Richiedere valutazione multidisciplinare (cardiologica, anestesiologicala, chirurgica)

NO. Valutare il rischio operatorio (vedi sotto)

Valutazione del **rischio cardiovascolare perioperatorio** (barrare le caselle pertinenti):

BASSO RISCHIO (A) <input type="checkbox"/>	RISCHIO INTERMEDIO (B) <input type="checkbox"/>	ALTO RISCHIO (C) <input type="checkbox"/>
Solo ECG <input type="checkbox"/>	Solo ECG <input type="checkbox"/> / ECG+Visita <input type="checkbox"/>	ECG+Visita <input type="checkbox"/>
Chirurgia superficiale; Mammella; Odontoiatria; Tiroide; Occhio; Chirurgia ricostruttiva; Carotide asintomatica (TEA o PTA); Ginecologia minore; Ortopedia minore (meniscectomia); Urologia minore (TURP)	Intraperitoneale (splenectomia, ernia iatale, colecistectomia); Carotide sintomatica (TEA o PTA); Angioplastica di arteria periferica; Riparazione endovascolare di aneurisma (EVAC); Chirurgia testa e collo; Neurologa o ortopedia maggiore (anca, colonna vertebrale); Urologia o ginecologia maggiore; Trapianto renale; Chirurgia intratoracica non maggiore.	Chirurgia aortica e vascolare maggiore; Rivascolarizzazione (non percutanea) o amputazione o tromboembolectomia degli arti inferiori; Chirurgia duodeno-pancreatica; Resezione epatica o chirurgia delle vie biliari; Esofagectomia; Riparazione tratto intestinale perforato; Resezione surrenalica; Cistectomia totale; Peumonectomia; Trapianto polmonare o epatico.

⇒ Tutti i pazienti del gruppo A e quelli del gruppo B con buona capacità funzionale di norma non necessitano di visita cardiologica ed è sufficiente l'esecuzione dell'ECG.

⇒ I pazienti del gruppo B con scarsa o non valutabile capacità funzionale (escluse le cause temporanee e contingenti, ad esempio rottura del menisco) e quelli del gruppo C di norma necessitano di visita cardiologica

⇒ Pazienti con una o più condizioni di **rischio cardiovascolare moderato** (vedi tabella) possono essere inviati per consulenza cardiologica previa discussione col cardiologo e con richiesta motivata da quesito specifico.

La programmazione di eventuali ulteriori accertamenti non invasivi o invasivi sarà stabilita dal cardiologo.

Capacità Funzionale (barrare):

Buona.

E' in grado di camminare in salita, oppure salire due rampe di scale, o sbrigare le faccende domestiche

Scarsa

Non è in grado di svolgere le attività indicate sopra

Rischio cardiovascolare moderato (barrare):

Angina stabile; infarto miocardico progressivo

Scompenso cardiaco in fase di stabilità

Progresso ictus o TIA

Insufficienza renale (GFR <60 ml/min con CKP-EPI)

Diabete in terapia insulinica

Ipertensione grado 2-3 non controllata dalla terapia

Sulla base della valutazione da me effettuata richiedo la visita cardiologica (**indicare il quesito**):

Quesito

Timbro e Firma dell'anestesista

NB: Compilare la scheda in ogni sua parte barrando le caselle pertinenti. Indicare per esteso il nome del medico che ha compilato la scheda per l'eventuale discussione del caso