

La Gestione Perioperatoria del Paziente Cardiopatico in Chirurgia non Cardiaca



Obiettivi dell'incontro

Epidemiologia



OBIETTIVO DELL'INCONTRO

- Parlare dei nuovi orientamenti nel trattamento dell'operando cardiopatico
- Divulgarne gli strumenti per il trattamento
- Consolidare le basi per una azione comune tra
 - CHIRURGO
 - ANESTESISTA
 - CARDIOLOGO CLINICO ed EMODINAMISTA
 - CARDIOCHIRURGO

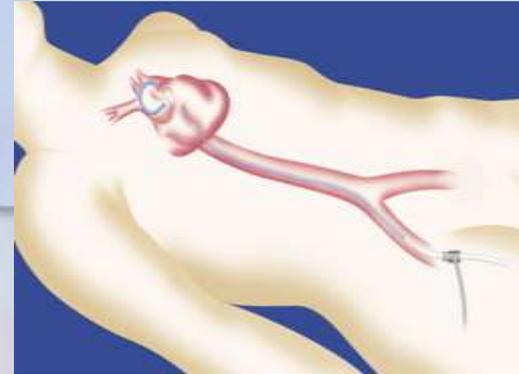


ACC/AHA 2007

Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery



*A Report of the
American College of Cardiology/American Heart Association
Task Force*



AHA nelle note preliminari raccomandava agli Anestesisti di Cardiochirurgia di farsi parte diligente nel promuovere la divulgazione delle conoscenze in termini di medicina perioperatoria e tecniche di anestesia da applicare al paziente cardiopatico

agli anestesisti di tutte le altre discipline

In maniera da promuovere dei percorsi comuni che portassero alla riduzione di morbilità e mortalità perioperatoria



Il diffondersi di interventi chirurgici sempre più aggressivi in pazienti in età avanzata, cardiopatici e portatori di altre patologie concomitanti ha comportato

un aumento del rischio di morbidità e mortalità perioperatorie.



Dati USA

Ogni anno su 27 milioni di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici extra-cardiaci, circa 8 milioni soffrono di cardiopatia ischemica o presentano fattori di rischio coronarico.

Di questi 10.000 vanno incontro ad infarto miocardico perioperatorio e fino ad 1 milione di pazienti sviluppa complicanze cardiache .



L'ENTITA' DEL PROBLEMA

- Dei 60 milioni di pazienti sottoposti a chirurgia non cardiaca ogni anno nei paesi occidentali,
 - 18 milioni sono portatori o a rischio di coronaropatia
 - 3 milioni hanno complicanze cardiache, la maggior parte associate ad ischemia.
- 0,5% di una popolazione non selezionata sottoposta a intervento non-cardiochirurgico ha eventi cardiaci avversi (exitus, infarto miocardico, ischemia, scompenso cardiocircolatorio, aritmie severe) nel perioperatorio.
- Questa percentuale può raggiungere il 30% in pazienti ad alto rischio sottoposti ad intervento di chirurgia vascolare, come i pazienti con coronaropatia documentata.



- I pazienti con coronaropatia e quelli a rischio di coronaropatia, quelli sottoposti a chirurgia vascolare o maggiore sono i più intensamente studiati
- ma è fondamentale che i risultati di questi studi raggiungano la grande popolazione di pazienti a basso rischio
- perché anche se la percentuale di eventi cardiaci avversi in questa popolazione non raggiunge in percentuale lo 0.5% il numero assoluto di eventi è comunque elevatissimo.



- TROVARE DIAGNOSTICA SENSIBILE BASSO COSTO A CHE POSSANO COPRIRE LA POPOLAZIONE CON CARDIOPATIA MISCONOSCIUTA
- Stratificare BENE IL RISCHIO SULLA POPOLAZIONE CARDIOPATICA NOTA



Scenari futuri

- Si stima che la popolazione > 65 a aumenterà dal 25% al 35% nei prossimi 30 anni
- Sia l'incidenza di malattie cardiovascolari che di procedure chirurgiche aumenta a tale età.
- Si stima l'incremento dagli attuali 6 milioni ai 12 milioni per anno e di queste 1/4 saranno interventi di chirurgia maggiore addominale, cardiotoracica, vascolare , ortopedica associati ad una elevata morbilità e mortalità per complicanze cardiovascolari



- Vi è inoltre un incremento notevole di cardiopatie congenite parzialmente o totalmente corrette che giungono ad età adulta.



- Con Incremento del riscontro di
 - Patologie Chirurgiche
 - Ostetriche
 - Ortopedico-Traumatologico
 - Chirurgia Addominale
 - Chirurgia Vascolare



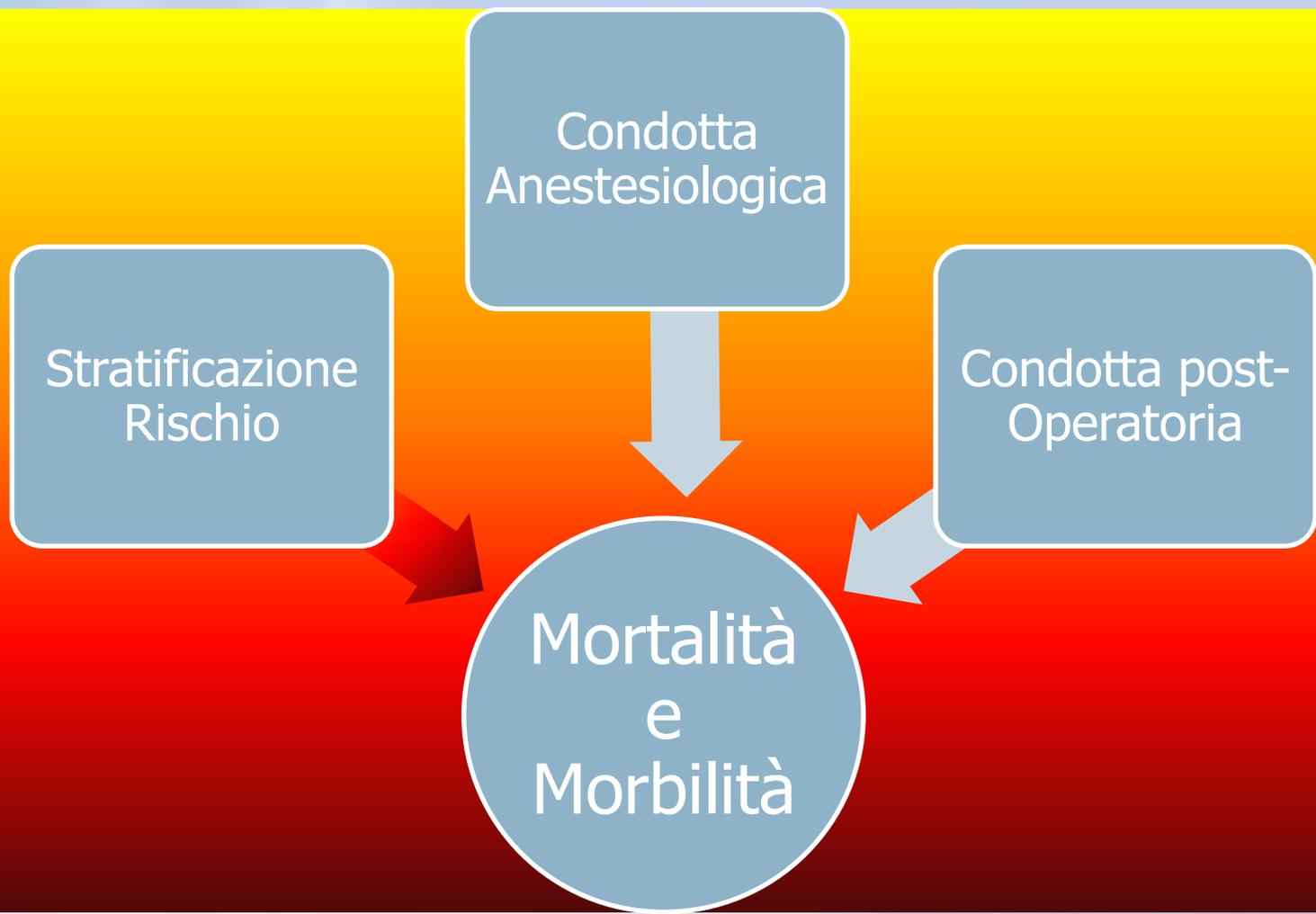


Implicazioni Economiche Socio-Sanitarie

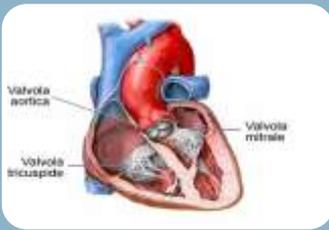
- Viste le grandezze numeriche esposte prime è necessaria una ottimizzazione dei costi
- Utilizzare esami di elevata specificità-sensibilità poco invasivi ed a costi contenuti
- Nonostante i grandi passi avanti vi sono ancora margini per migliorare.

COME OTTIMIZZARE

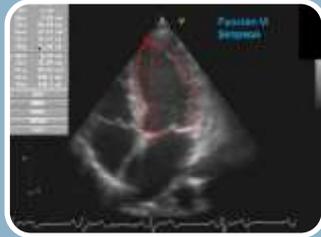




A tal proposito l'American College of Cardiology e l'American Heart Association hanno individuato cinque fattori per la valutazione del rischio cardiaco



Il tempo intercorso da una eventuale rivascularizzazione coronarica



L'ultima valutazione cardiaca effettuata



Fattori clinici predittivi di rischio



Lo stato funzionale del paziente (MET)



Il rischio legato alla procedura chirurgica



Linee guida e Livelli di Evidenza

- Classe I dove i Benefici \ggg Rischi
(è raccomandato eseguire la procedura)
- Classe IIa dove i Benefici \gg Rischi
(è ragionevole eseguirla)
- Classe IIb dove i Benefici $>$ Rischi
(può essere considerato utile eseguirla)
- Classe III dove i Rischi $>$ Benefici
(la procedura o trattamento non vanno eseguiti)

CONCLUSIONI



L'approccio perioperatorio al “paziente cardiopatico” è sicuramente **multidisciplinare**

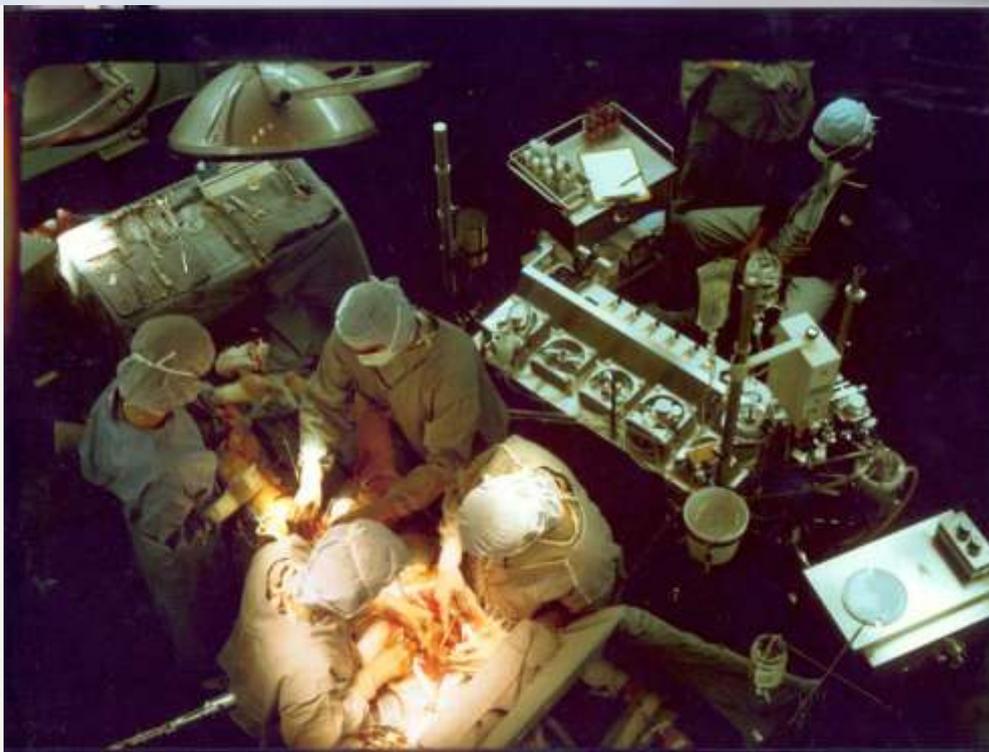
E richiede una collaborazione fra **dipartimento cardiologico, anestesista e chirurgo.**

Infatti il rischio “cardiologico” in vista di un intervento chirurgico va sempre valutato



tenendo conto delle possibili interferenze degli atti anestesiológico e chirurgico sulla cardiopatia di base.

A CHI L'ULTIMA PAROLA ?





Approccio e Decisione
Multidisciplinare

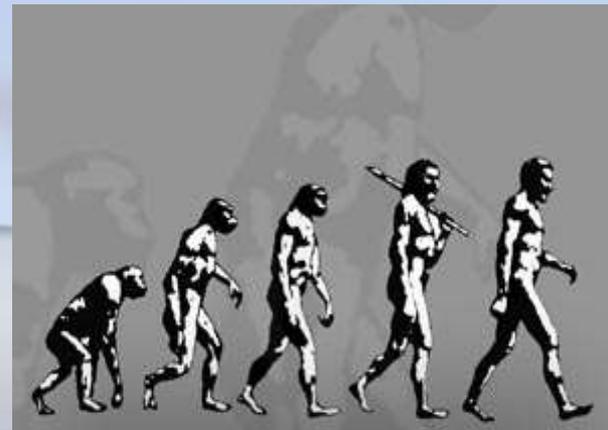
consente una
diminuzione della morbilità e mortalità cardiaca perioperatoria.



...ovvero Evoluzione

Informazione è Evoluzione

J. Monod



Mobile ECG

Telecardiology system using smart phone technology

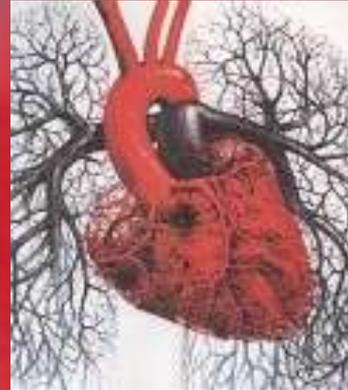
Small self-contained battery operated wireless ECG sensor

Bluetooth

GSM/GPRS WCDMA/3G

The measured ECG is transferred securely from the mobile phone to the doctor by using mobile phone networks

- Small match-box sized ECG device is placed to the chest
- Mobile phone records and stores ECG signal wirelessly
- Recorded ECG signal can be sent to the doctor for further analysis
- Ideal for remote heart monitoring where ever you are



GRAZIE

*Dr. Enzo Primerano - Policlinico Multimedica IRCCS
Milano - Sesto San Giovanni - 11 Ottobre 2008*