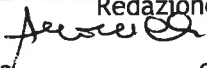
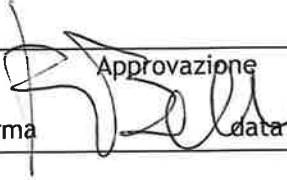


SOMMARIO

1. Scopo
2. Key Words
3. Fonti Scientifiche
4. Contenuto
5. Diagramma di flusso

Redazione  Firma _____ data <u>10/11/25</u>	Verifica  Firma _____ data <u>10/11/25</u>	Approvazione  Firma _____ data <u>24/11/25</u>
--	---	---

ATTENZIONE: la mancanza delle firme indica che questo documento è una stampa della versione aggiornata disponibile in rete ed utilizzabile per sola lettura.

1. SCOPO

Scopo della procedura è la valutazione del rischio operatorio del paziente cardiopatico in relazione alla sussistenza, alla gravità e all'impatto funzionale della cardiopatia correlata alla tipologia di intervento e la successiva pianificazione di una strategia di cura.

2. KEY WORDS

- Valutazione
- Rischio operatorio
- Strategia di cura

3. FONTI SCIENTIFICHE

ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery

European Heart Journal (2022) 00, 1–99

4. CONTENUTO

Step 1. Anamnesi, esame clinico, esame della documentazione clinica

Step 2. Valutazione del rischio chirurgico in base al tipo di intervento e alle condizioni cliniche del paziente

Step 3. Avvio all'intervento chirurgico dei pazienti a basso rischio (zona grigia della tabella)

Step 4. Avvio di ulteriori indagini e raccomandazioni nei pazienti a rischio intermedio (zona gialla della tabella)

Rischio chirurgico a seconda del tipo di intervento

Basso rischio (<1%)	Rischio intermedio (1-5%)	Alto rischio (>5%)
Torace	Carotide (CEA/CAS) asintomatica	Resezione surrenalica
Apparato dentale	Carotide sintomatica (CEA)	Chirurgia maggiore vascolare/aortica
Tiroide	Riparazione aortica endovascolare	Carotide sintomatica (CAS)
Oculistico	Chirurgia testa/collo	Chirurgia duodenale/pancreatica
Ginecologico: minore	Colecistectomia, splenectomia	Resezione epatica, dotto biliare
Ortopedico: minore (menisco)	Ernioplastica inguinale	Chirurgia esofagea
Ricostruzione	Ortopedica maggiore (protesi)	Rivascolarizzazione acuta o amputazione arto
Chirurgia superficiale	Neurologica maggiore (chirurgia spinale)	Pneumonectomia
Urologica minore (TURP)	Angioplastica periferica	Perforazione intestinale
	Urologica maggiore	Cistectomia radicale
	Ginecologica maggiore	

CEA: endoarteriectomia carotidea

CAS: stenting carotideo

Valutazione dei pazienti prima di chirurgia non cardiaca

Chirurgia elettiva

Anamnesi ed esame clinico accurati, inclusi esami di lab di routine

Raccomandare astensione dal fumo, ottimizzare terapia medica secondo LG (Classe I)

<65 aa senza CVD/fattori di rischio CV	>65 aa o con fattori di rischio CV§	Pazienti con malattia CV nota
Chirurgia a basso rischio NULLA	Chirurgia a basso rischio NULLA	Chirurgia a basso rischio NULLA
Chirurgia a rischio intermedio NULLA	Chirurgia a rischio intermedio ECG, biomarcatori (Classe I) Capacità funzionale* (Classe IIa)	Chirurgia a rischio intermedio ECG, biomarcatori (Classe I) Capacità funzionale (Classe IIa)
Chirurgia al alto rischio In pz >45 anni considerare ECG, biomarcatori (Classe IIa)	Chirurgia ad alto rischio ECG, biomarcatori (Classe I) Capacità funzionale (Classe IIa)	Chirurgia ad alto rischio ECG, biomarcatori (Classe I) Capacità funzionale (Classe IIa) Consulto cardiologico

§ Fattori di rischio CV: ipertensione, fumo, dislipidemia, diabete, familiarità per CAD

*capacità funzionale: capacità di salire due rampe di scale

Raccomandazioni	Classe	Livello
Raccomandazioni per valutare il rischio clinico		
In tutti i pazienti eseguire anamnesi e esame clinico in modo accurato	I	C
In tutti i pazienti eseguire un profilo di rischio pre-operatorio	I	B
Ottimizzare la terapia della CAD e dei fattori di rischio CV	I	C
In pazienti con storia familiare di cardiomiopatia genetica, eseguire ecg e ETT	I	C
In pazienti con nuovo riscontro di soffio e sintomi o segni di CVD, eseguire ETT	I	C
In pazienti con nuovo riscontro di soffio indicativo di patologia significativa eseguire ETT	I	C
In pazienti con dolore toracico o altri sintomi suggestivi di CAD, eseguire ulteriori esami	I	C
In pazienti con dispnea e/o edema periferico, eseguire ecg e dosaggio proBNP, a meno che non vi siano altri motivi certi di patologia extra-cardiaca	I	C
Raccomandazioni per l'utilizzo di test per precisare il rischio preoperatorio		
In pazienti con nota CVD o fattori di rischio CV (inclusa età ≥ 65 anni), o sintomi/segni suggestivi di CVD, eseguire ecg prima di interventi a rischio moderato-elevato	I	C
In pazienti con nota CVD o fattori di rischio CV (inclusa età ≥ 65 anni), o sintomi/segni suggestivi di CVD, eseguire dosaggio della troponina prima di interventi a rischio moderato-elevato, ripetendola 24 e 48 ore dopo	I	B
Eseguire ETT in pazienti con bassa capacità funzionale e/o elevati livello di proBNP, e in caso di soffio prima di interventi ad alto rischio, per operare strategie di riduzione del rischio	I	B
Usare le stesse indicazioni a coronarografia e rivascolarizzazione come di uso in setting non chirurgico	I	C
In pazienti a basso rischio in attesa di intervento a rischio basso-intermedio non è necessario eseguire ecg, proBNP e troponina	III	B
Non è necessaria valutazione preoperatoria di routine della funzione ventricolare sinistra	III	C

Non è necessaria valutazione di routine con imaging da stress	III	C
Non è necessaria coronarografia preoperatoria in pazienti con CAD stabile in attesa di intervento chirurgico a rischio basso-intermedio	III	C
Raccomandazioni farmacologiche per ridurre il rischio operatorio		
Non interrompere eventuale terapia beta-bloccante o con statine	I	B
Non iniziare di routine terapia beta-bloccante	III	A
Terapia antiaggregante o anticoagulante: vedere PDTA apposito		
Raccomandazioni per patologie specifiche		
Scompenso cardiaco		
In pazienti con sospetto o noto scompenso cardiaco in attesa di intervento ad alto rischio si raccomanda valutazione ecocardiografica della funzione ventricolare sinistra e dosaggio proBNP	I	B
Ottimizzare trattamento e monitorare stato di idratazione e perfusione periferica	I	C
Valvulopatia		
Eseguire valutazione clinica ed ecocardiografica in pazienti con nota o sospetta valvulopatia in attesa di intervento a rischio intermedio-elevato	I	C
La sostituzione valvolare aortica è raccomandata in paziente con severa stenosi aortica in attesa di intervento a rischio intermedio-elevato	I	C
In paziente con severa insufficienza aortica sintomatica o asintomatica con diametro telediastolico del VSx >50 mm o FE ≤50% si raccomanda chirurgia cardiaca prima di intervento a rischio intermedio-elevato	I	C
In pazienti con stenosi mitralica reumatica moderata-severa sintomatica o pressione sistolica polmonare > 50mmHg, si raccomanda intervento prima di chirurgia a rischio intermedio-elevato	I	C
Cardiopatía congenita dell'adulto		
Si raccomanda di eseguire interventi chirurgici a rischio intermedio-elevato in centri con esperienza documentata	I	C
Aritmie		
In pazienti con aritmia sopraventricolare in terapia si raccomanda la prosecuzione della stessa	I	C
In pazienti con tachicardie ventricolari sostenute sintomatiche nonostante terapia medica ottimale e associate a fibrosi miocardica si raccomanda	I	B

ablazione		
In pazienti ad alto rischio (dipendenti da PM o con ICD) si raccomanda l'uso di piastre cutanee con capacità di stimolare/defibrillare prima di iniziare l'intervento	I	C
Non è necessario trattare extrasistolia ventricolare asintomatica	III	C
Ipertensione arteriosa		
In pazienti ipertesi cronici si raccomanda di evitare ampie fluttuazioni della PA nel periodo peri-operatorio, in particolare evitando ipotensione	I	A
Si raccomanda lo screening di danno d'organo in pazienti con nuovo riscontro di ipertensione arteriosa in attesa di intervento ad alto rischio	I	C
Non è necessario differire l'intervento in pazienti con ipertensione arteriosa stadio 1 o 2	III	A
Arteriopatia periferica		
In pazienti con bassa capacità funzionale, elevato profilo di rischio CV o sintomi (angina moderata-severa, scompenso cardiaco, significativa aritmia o valvulopatia) è necessario una rivalutazione cardiaca completa prima della chirurgia per arteriopatia o aneurisma aorta addominale	I	C
Non è necessaria rivalutazione cardiaca di routine con coronarografia o test ergometrico prima dell'intervento	III	C
Vasculopatia cerebrale		
Si raccomanda imaging carotideo e cerebrale in tutti i pazienti con storia di TIA/ictus nei 6 mesi precedenti e non sottoposti a rivascolarizzazione	I	C
Non è necessario imaging carotideo di routine	III	C
Malattia renale		
In pazienti con fattori di rischio noti in attesa di intervento a rischio intermedio-elevato è necessario dosaggio della creatinina e GFR	I	C
Diabete		
Si raccomanda la ricerca di patologia cardiaca in pazienti con diabete e sospetto o noto CAD, come anche in quelli con neuropatia autonoma, retinopatia o IRC in attesa di intervento a rischio intermedio-elevato	I	C
Si raccomanda una valutazione preoperatoria di HbA1c se non eseguita nei 3 mesi precedenti. Se $\geq 8.5\%$ l'intervento deve essere procrastinato	I	B