

LINEE GUIDA ISVRA

Italian Society of Veterinary Regional Anaesthesia and Pain Medicine

Allegato n. 3

Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica in previsione di procedure diagnostiche e terapeutiche in elezione

INTRODUZIONE

Per la stesura di questa prima edizione del documento ISVRA relativo alle “Raccomandazioni per la Valutazione Anestesiológica in previsione di Procedure Diagnostico -Terapeutiche in Elezione”, il Gruppo di lavoro per la Sicurezza in anestesia ha attinto dalle Raccomandazioni SIAARTI, rielaborazione di un corposo lavoro di revisione critica della letteratura recentemente effettuato dalla American Society of Anesthesiologists (ASA) (1), e da quello, più datato, fornito dalle Società Scientifiche francese, belga, dei paesi scandinavi, e tedesca, oltre che da singole istituzioni (2-8).

L'ASA ha nominato a questo scopo una apposita commissione (Task Force) di suoi membri che, con metodi di revisione espliciti e valutabili, ha visionato più di 900 studi originali pubblicati sull'argomento. L'analisi della letteratura ha messo in evidenza la mancanza di un numero adeguato di studi clinici randomizzati e controllati che potessero fornire indicazioni univoche sulla influenza delle indagini preoperatorie sul risultato finale del trattamento anestesiológico. La Task Force ha pertanto elaborato una serie di raccomandazioni, prevalentemente basate su studi osservazionali e sul consenso ottenuto da diverse sorgenti: l'opinione della Task Force che ha effettuato la revisione, il giudizio di un gruppo di 140 consulenti esperti nella valutazione preoperatoria e l'opinione di una rappresentanza di soci ASA (360, pari all'uno per cento degli iscritti). Il testo così elaborato è stato successivamente proposto e sottoposto a ulteriore discussione critica nel corso di tre importanti congressi nazionali.

L'attualità dell'argomento ha stimolato iniziative analoghe anche in Italia e negli altri Paesi europei. L'Ufficio VRQ dell'Ospedale Niguarda di Milano (5), in analogia a quanto effettuato da similari Agenzie francesi, scandinave e spagnole (6-8), ha nominato una commissione multidisciplinare con lo scopo di condurre una “Consensus conference” per valutare principalmente l'impatto degli esami di laboratorio e di altre indagini strumentali sull'esito dell'atto anestesiológico per il paziente sottoposto ad intervento di elezione. Anche in questo caso viene sottolineata la mancanza di studi clinici randomizzati, controllati, ben organizzati e basati su gruppi sufficientemente numerosi di pazienti, sui quali fondare precise raccomandazioni di comportamento per il medico anestesista.

Nel presente documento, la valutazione della evidenza scientifica emersa dalla analisi della letteratura si basa sulla classificazione effettuata dalla apposita commissione dell'ASA (1).

L'evidenza o meno in letteratura di una relazione tra variabile considerata (per esempio anamnesi, emocromo, radiografia del torace) e risultato per il paziente (ossia esito dell'atto anestesiológico) viene espressa con la

La task force di ISVRA per le Linee Guida in Anestesia Veterinaria:

Alessandro Bonioli

Federico Corletto

Paolo Franci

Cristiano Gualtierotti

Lorenzo Novello

Nicola Ronchetti

Eriberta Ros

Cristina Spinnato

Enrico Stefanelli

Flavio Valerio

seguinte terminologia :

- **Sufficiente**: esistono studi clinici randomizzati, controllati, ben organizzati e con gruppi sufficientemente numerosi di pazienti che indagano la relazione tra variabile considerata ed esito
- **Insufficiente**: troppo pochi lavori indagano la relazione in oggetto.
- **Inconcludente**: esistono studi che indagano la relazione, ma non rispondono a criteri di assoluto rigore scientifico.
- **Silente**: non esistono in letteratura studi che rispondono al quesito di interesse.

In assenza di evidenze sostenute da studi di qualità ottimale, né in medicina né tantomeno in veterinaria, il Gruppo di Lavoro per la Sicurezza dell'ISVRA ritiene pertanto doveroso proporre proprie raccomandazioni che tengano in debito conto le specificità organizzative delle strutture veterinarie che potrebbero scongiurare la rigida applicazione di linee guida realizzate in contesti completamente differenti. Il presente documento prima della sua pubblicazione ha ricevuto parere favorevole da parte del Consiglio Direttivo della Società.

Le raccomandazioni proposte sono state formulate da membri dell'ISVRA ad esclusivo uso dei colleghi che svolgono attività di anestesia; non devono essere considerate degli standard di valore assoluto, ma possono essere adattate a particolari situazioni cliniche e/o organizzative. In allegato viene riportato l'iter dell'evoluzione della classificazione delle classi funzionali ASA.

Il documento verrà integrato al più presto con i capitoli riguardanti le indagini diagnostiche preoperatorie e gli aspetti medico-legali (capitoli attualmente sottoposti a profonda revisione) e dovrà poi essere soggetto a revisioni periodiche, al fine di risultare adeguato alla evoluzione delle conoscenze mediche e tecnologiche della nostra disciplina, e potrà essere integrato da future normative.

Nel caso in cui le raccomandazioni proposte si differenzino in maniera sostanziale dalla pratica clinica e organizzativa abituale, si sottolinea l'importanza per ogni struttura veterinaria di una graduale applicazione delle stesse.

1. DEFINIZIONI

1.1 Con la dizione "**medico anestesista**" si intende il medico veterinario diplomato al College di specialità (il solo a poter essere chiamato "specialista in anestesia veterinaria") oppure il medico veterinario che svolge abitualmente attività clinica come anestesista (risultando quindi un "esperto" per servizio e non per titoli).

1.2 Con la dizione "**valutazione anestesilogica**" si intende il processo di approfondimento clinico e di previsione organizzativa che precede l'atto anestesilogico per procedure diagnostiche e/o terapeutiche.

Tali procedure e l'atto anestesilogico possono condurre ad alterazioni

della funzionalità d'organo: nella valutazione anestesiológica è di conseguenza importante definire lo stato basale del paziente (valutazione clinica basale), anche attraverso indagini (di laboratorio e/o strumentali) che il medico anestesista reputi necessarie caso per caso, al fine di differenziare alterazioni preesistenti da quelle eventualmente indotte. Diversa è la valutazione del rischio, per la quale va bilanciato lo stato basale del paziente con l'entità della procedura programmata e il tipo di anestesia necessaria.

1.3 La **valutazione anestesiológica** è un **atto medico**, compiuto da **specialisti** (per titoli oppure per servizio), e comprende, tra l'altro, la pianificazione di eventuali indagini diagnostiche e/o provvedimenti terapeutici, la definizione della condotta anestesiológica, la previsione di eventuale terapia antalgica e la programmazione della gestione perioperatoria. Parte integrante della valutazione anestesiológica è un'adeguata informazione del proprietario con l'acquisizione del relativo consenso.

1.4 La **valutazione anestesiológica** coordina e conclude un più articolato processo di "valutazione multidisciplinare", teso a definire le condizioni cliniche di base del paziente, le indicazioni alla procedura e i relativi iter diagnostici, anche mediante coinvolgimento di consulenti specialisti di diverse discipline.

2. VALUTAZIONE CLINICA BASALE

2.1 La **scelta e la condotta dell'atto anestesiológico sono di esclusiva competenza del medico anestesista**, che decide la tecnica di anestesia e la preparazione alla procedura, in funzione della propria valutazione e della procedura programmata, prendendo in considerazione le richieste formulate dal proprietario e le indicazioni fornite dal medico richiedente. Questo punto, in medicina, è regolato da disposizioni di legge (Legge 9 agosto 1954, n. 653).

2.2 Sulla base dei dati clinici raccolti, il medico anestesista può ritenere **controindicata l'anestesia**, o decidere di posticipare la procedura diagnostico-terapeutica. In tal caso deve informare il medico richiedente e il proprietario, oltre a riportare in cartella clinica le motivazioni. Una valutazione collegiale del rapporto rischi/benefici potrà identificare il momento più idoneo per l'esecuzione della procedura: nell'eventualità di divergenza di opinioni tra il medico richiedente e il medico anestesista, il proprietario andrà informato.

2.3 Una **accurata valutazione anestesiológica** è raccomandata prima di ogni procedura diagnostico-terapeutica per la cui esecuzione è richiesta una prestazione anestesiológica. Eventuali questionari di auto-valutazione compilabili a cura del proprietario, il cui uso è raccomandato

per facilitare l'indagine anamnestica, possono integrare la visita anestesiológica, anche se non la sostituiscono. E' auspicabile avere a disposizione, durante la valutazione anestesiológica, la "Scheda clinica di ricovero" compilata dal medico di medicina generale e gli esiti degli esami eventualmente già effettuati se il paziente è già ricoverato. Anche questo punto, in medicina, è regolato da disposizioni di legge (DPR 22 luglio 1996, n. 484).

2.4 Nel corso di tale valutazione, che si basa sulla consultazione della documentazione clinica e delle indagini strumentali eseguite, sulla raccolta dell'anamnesi e sull'esame obiettivo, si devono **considerare le opzioni possibili** riguardo:

- la premedicazione;
- la tecnica di anestesia (comprensiva del controllo perioperatorio del dolore);
- l'eventuale terapia antalgica post-intervento, anche domiciliare;
- la necessità di monitoraggio clinico-strumentale particolare durante la procedura;
- l'opportunità di assistenza specialistica al termine della procedura.

L'indagine anamnestica e l'esame obiettivo devono essere mirati ad evidenziare patologie e trattamenti farmacologici in atto o pregressi che possano interferire con l'anestesia, con particolare riguardo alla risposta soggettiva e dei "familiari" ai farmaci dell'anestesia. L'esame obiettivo deve anche ricercare eventuali anomalie che potrebbero ostacolare le manovre anestesiológicas.

2.5 La **richiesta di valutazione anestesiológica** per procedura in elezione deve essere avanzata dal medico richiedente in tempi tali da consentire al medico anestesista un approfondito esame e l'espletamento di ulteriori indagini diagnostiche, visite specialistiche o particolari modalità di preparazione del paziente. E' opportuno che il medico richiedente fornisca al medico anestesista tutte le informazioni necessarie per una corretta valutazione, con particolare riguardo a:

- tipo di procedura programmata ed eventuale tecnica chirurgica adottabile;
- durata prevista;
- posizionamento del paziente necessario o preferibile;
- perdite ematiche preventivabili;
- organizzazione del predeposito di sangue, se necessario e/o disponibile;
- patologie infettive note o sospette.

La scelta del momento più idoneo alla effettuazione della visita dipende dal tipo di paziente e di procedura programmata e dall'assetto organizzativo della struttura.

2.6 Si auspica lo sviluppo di **modelli organizzativi** che prevedano

l'effettuazione dell'intera valutazione multidisciplinare in regime ambulatoriale (procedure di prericovero), ad una distanza di tempo dall'intervento congrua per l'esecuzione di eventuali indagini integrative, al fine di ridurre i tempi di degenza e ottimizzare la programmazione delle procedure elettive.

2.7 I dati anamnestici e clinici, raccolti nel corso della visita, devono essere registrati con **data e firma del medico**. Nel caso in cui il medico anestesista che effettua la valutazione preveda di non poter realizzare lui stesso l'anestesia, è raccomandabile che informi il proprietario. E' raccomandato che il medico che conduce l'anestesia prenda visione per tempo della cartella clinica e della relazione del collega.

2.8 La raccolta dell'anamnesi e l'esame clinico devono essere eseguiti in presenza del proprietario o chi da esso delegato.

2.9 La **decisione di eseguire** esami di laboratorio, indagini strumentali o visite specialistiche supplementari prima di procedure diagnostico-terapeutiche richiedenti l'intervento di un medico anestesista deve essere presa dal medico anestesista stesso caso per caso, sulla base di indicazioni cliniche che includono, ma non sono limitate a, l'età del paziente, la sua storia clinica, fattori di rischio presenti e tipo di procedura. Viene suggerito che ogni struttura veterinaria stabilisca propri algoritmi di definizione di indagini basali.

3. ESAMI E ALTRE INDAGINI PRELIMINARI A PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L'evidenza scientifica relativa all'impatto degli esami di laboratorio e di altre indagini sulla valutazione del rischio e sull'esito anestesilogico del paziente è ritenuta inconcludente: esistono, in medicina, numerosi studi che indagano questa relazione, ma non risultano rispondenti a criteri di assoluto rigore scientifico.

Sebbene la situazione in medicina veterinaria sia anche più confusa, il Gruppo di lavoro ISVRA sta valutando attentamente i dati disponibili ed intende aggiornare il presente capitolo entro breve.

4. INFORMAZIONE E CONSENSO DEL PROPRIETARIO

Anche se per quanto riguarda l'aspetto legale può essere consigliabile anche in medicina veterinaria, il consenso informato all'anestesia dovrebbe primariamente essere un **documento che evidenzi l'informazione e la partecipazione del proprietario al processo decisionale all'interno del rapporto medico-proprietario**, ricalcando nella forma e nei contenuti quanto codificato in medicina (14).

Una procedura corretta deve assicurare:

- a. una valida comunicazione tra medico e proprietario;
- b. il riconoscimento del diritto del proprietario ad accettare o rifiutare le opzioni diagnostico- terapeutiche proposte;
- c. il diritto del medico ad avere la conferma, con valore legale, che il proprietario abbia compreso i potenziali rischi e benefici legati alla procedura cui verrà sottoposto e il ruolo del medico anestesista.

Il proprietario deve essere preventivamente informato della decisione del **medico curante** di sottoporre il paziente a procedura diagnostico-terapeutica e di quale procedura si tratti. Da parte del **medico anestesista** il proprietario va informato delle condizioni generali del paziente, della tecnica di anestesia prescelta (generale, locale, locoregionale, sedazione) con i relativi rischi conosciuti, delle possibili manovre aggiuntive (monitoraggio invasivo, posizionamento di cateteri e sonde supplementari) con i rischi e complicanze connessi, e della possibilità che la tecnica di anestesia venga modificata nel corso della procedura. Il proprietario va inoltre informato dell'eventuale necessità di eseguire trasfusioni di sangue omologo o autologo, di sottoporre il paziente a trattamenti analgesici post-procedura e ad assistenza in aree intensive.

L'informazione del proprietario ha lo scopo di ottenere il consenso valido e rispondere ad eventuali sue pertinenti domande.

L'autorizzazione dovrebbe essere parte integrante della cartella clinica del paziente, corredata di data e firma del medico che l'ha richiesta ed ottenuta.

5. ASPETTI MEDICO-LEGALI

I problemi della responsabilità professionale in genere, ed in campo anestesiologicalo in particolare, alla luce del continuo progredire delle conoscenze scientifiche e delle possibilità tecnologiche, nonché del sempre più frequente contenzioso giudiziario, non possono essere più risolti sulla scorta della preparazione e della capacità professionale individuale, né essere delegati a singoli "esperti", per quanto autorevoli.

Linee guida elaborate da una Società Scientifica, suggerendo al medico anestesista in modo autorevole, in quanto documentato e chiaro, le modalità di comportamento più appropriate, mirano da una parte a **giovare al paziente riducendo i rischi collegati a comportamenti soggettivi di non documentata efficacia**, dall'altra a **fornire al medico una difesa razionale nei confronti di una pretesa irragionevole** da parte del proprietario di sottoporre il paziente solo a inesistenti trattamenti del tutto scevri di rischi. Infatti in campo anestesiologicalo, più che in altri campi, **il rischio non può essere del tutto azzerato** e solo attraverso l'applicazione intelligente di linee guida, che indichino le modalità di comportamento più appropriate, può essere limitato. In tal modo le linee guida possono costituire un utile riferimento anche per la valutazione della responsabilità professionale individuale.

Occorre tuttavia che parallelamente si affermi, in modo sempre più chiaro, un'interpretazione delle stesse linee guida come minimo comune denominatore della assistenza fornibile e non già come una polizza di assicurazione che metta al riparo il medico dall'eventualità che si prospetti un suo comportamento colposo. Le linee guida, infatti, non possono e non devono essere considerate standard di comportamento, né punti di arrivo, non tanto per la necessità di una loro continua revisione alla luce di sempre nuove conoscenze acquisite, quanto per il fatto che comunque esse rappresentano requisiti minimali per un corretto comportamento.

Nel caso in questione, dovrà continuare ad essere il dato anamnestico e clinico, accuratamente rilevato e valutato, a suggerire la necessità di un approfondimento diagnostico da attuare con qualsivoglia metodologia e strumentazione, in base ad una coerente e motivata necessità d'ordine clinico. Solamente una siffatta impostazione operativa potrà porre il medico anestesista al riparo dal rischio di incorrere in errori legati ad una insufficiente raccolta di dati; spetterà sempre e solo al singolo medico anestesista l'onere della valutazione della necessità di un approfondimento valutativo, corredato da analisi ulteriori.

Una completa adesione alle linee guida non esclude che il medico anestesista possa essere chiamato a rispondere della correttezza del suo operato, nel singolo caso concreto. Non è quindi inutile ribadire che in ogni occasione non ci si deve limitare ad applicare pedissequamente quanto suggerito da linee guida o elencato in un qualsivoglia protocollo standardizzato.

BIBLIOGRAFIA

1. Guidelines for preanesthesia evaluation. The American Society of Anesthesia (draft).
2. Recommandations concernant la période préanesthésique. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 1991
3. Belgian standards for safety in anaesthesia. The Belgian Anesthesia Patient safety Steering-Committee. Acta Anaesth Belg 40: 231-238, 1989.
4. Rosenberg P, Gisvold SE, Flaatten H, et al: Guidelines for anesthesia care in the Nordic Countries. Acta Anesth Scand 36: 741-744, 1992.
5. Consensus Conference "Valutazione anestesologica ed esami preoperatori". Ufficio VRQ Ospedale Niguarda, Milano, 1997.
6. Indications for routine preoperative examinations. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Medicale, Paris.
7. Preoperative routines. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care/Statens beredning for utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Stockholm.
8. Healthy/asymptomatic patient preoperative evaluation. Basque Office for Health Technology Assessment, Health Department of the Basque

- Government.
9. Saklad M: Grading of patients for surgical procedures, *Anesthesiology* 2: 281- 284, 1941.
 10. Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE: The role of anesthesia in surgical mortality, *JAMA* 178: 261-266, 1961.
 11. Vacanti CJ, Van Houten RJ, Hill RC: A statistical analysis of the relationship of physical status to operative mortality in 68,388 cases. *Anesth Analg* 49: 564-566, 1970.
 12. Marx GF, Mateo CV, Orkin LR: Computer analysis of post anesthetic death. *Anesthesiology* 39: 54-58, 1973.
 13. Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL: ASA Physical Status Classifications: a study of consistency of rating. *Anesthesiology* 49: 239-243, 1978.
 14. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva: Il consenso informato all'anestesia. *Minerva Anestesiologica* 63: 271-273, 1997

Allegato I

La Classificazione ASA

La classificazione ASA nasce nel 1941 con il solo scopo di descrivere le condizioni preoperatorie del paziente al fine di confrontare tra loro popolazioni, farmaci e tecniche anestesiolgiche. La classificazione originale di Saklad conteneva 6 gruppi e per ciascuna di queste venivano illustrati da 5 a 10 esempi di "disturbo sistemico". Le classi 5 e 6 includevano l'emergenza. Nel 1961, Dripps et al proposero l'attuale suddivisione in 5 classi adottata dall'American Society of Anesthesiology nel 1962. Essi sostituirono le classi 5 e 6 con la lettera E di "emergenza". La descrizione delle prime 4 classi divenne: normal health, mild, severe, and incapacitating systemic disease (buona salute, modesta, seria o grave malattia sistemica). Lo scopo degli autori in questa riedizione, che peraltro non riportava alcun esempio clinico, era sempre solo quello di tentare di migliorare la comunicazione e la possibilità di confrontare i risultati della ricerca. Fu chiaramente affermato che questa classificazione non rappresentava una stima né del rischio anestesiolgico né del rischio operatorio in generale.

In realtà studi successivi dimostrarono esattamente il contrario e l'affermazione per cui **"più malato è il paziente e maggiori probabilità ha di morire"** è oggi documentata. Questa correlazione, tra l'altro, è maggiore per il rischio operatorio globale rispetto al solo rischio anestesiolgico. Infatti la classificazione ASA non tiene conto dei rischi connessi con l'ipertermia maligna, l'intubazione difficile o impossibile della trachea non prevedibile (anche se non frequente in medicina veterinaria dei piccoli animali), un'emorragia incontrollabile. Uno dei pochi meccanismi di morte connessa all'anestesia, e correlata allo stato fisico, sembra essere il sovradosaggio di farmaci.

La spiegazione della debole correlazione esistente tra ASA e rischio anestesilogico risiede probabilmente nella difficoltà di distinguere con precisione la morte connessa all'anestesia e la morte legata alle condizioni del paziente e/o alla procedura chirurgica. Ad eccezione degli esempi clinici descritti da Saklad nel 1941, l'American Society of Anesthesiology non ha mai fornito esempi o schemi particolareggiati per la tipizzazione dei pazienti nelle diverse classi e i dati tratti dagli studi di Vacanti e Marx, che pur hanno consentito la validazione della classificazione come indice di rischio operatorio globale, dimostrano i limiti della classificazione stessa che rimane comunque vaga e soggettiva, molto condizionata dalle caratteristiche della struttura in cui viene applicata. Potrebbe essere utile adottare il suggerimento di Owens di suddividere ulteriormente le classi in base a 4 caratteristiche importanti ai fini del rischio che sono età, obesità, anemia, e precedente infarto miocardio (quest'ultima riveste particolare importanza solo in medicina). Esistono in letteratura, sia medica che talvolta veterinaria, anche molti utili indicatori validi per patologie ed interventi specifici.

In attesa di sistemi in grado di fornire con maggiore precisione il rischio di morte, di complicanze e di incremento della degenza postoperatoria, ecc., la classificazione ASA resta, pur coi suoi limiti, un sistema che con una semplice croce su un numero ci da un utile indice predittivo del rischio operatorio globale.

[NB] Nessuna relazione tra variabili implicate nel processo della valutazione anestesilogica e l'esito per il paziente è stata indagata in maniera classificata "sufficiente" da alcuno degli oltre 900 studi considerati dalla SIAARTI.