

# Prima e dopo l'intervento chirurgico: il ruolo del medico di famiglia

Quando è previsto un intervento chirurgico, il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale nell'ottimizzazione di molte patologie croniche per ridurre la mortalità perioperatoria ed evitare di ritardare l'intervento. Con l'aumento delle procedure di day surgery può essere necessario gestire effetti collaterali comuni e complicanze del postoperatorio

**Gilberto Lacchia**

*Medico di medicina generale, Ivrea - prescrivere.blogspot.com*

## Valutazione preoperatoria

### • Ipertensione

Le linee guida raccomandano che la pressione arteriosa sia <160/100 mmHg nei 12 mesi precedenti un intervento in elezione. Non ci sono comunque dimostrazioni di benefici nel ritardare un intervento se la pressione arteriosa è <180/110 mmHg. Al contrario, con un'ipertensione stadio 3 (>180/110 mmHg) sono maggiori le probabilità di complicanze perioperatorie, come ischemia miocardica e infarto.

### • Stenosi aortica

È un fattore di rischio che aumenta mortalità e morbilità perioperatoria fino al 14%, con complicanze più frequenti con le stenosi più gravi. I pazienti con stenosi aortica sintomatica sono considerati per interventi in elezione non cardiaci solo se indispensabili. Le stenosi aortiche non diagnosticate possono essere rilevate con un

breve esame cardiovascolare prima dell'invio al chirurgo, soprattutto se in pazienti di età >75 anni.

### • Terapia farmacologica

È essenziale la revisione di tutti i farmaci prescritti e da banco, per prevenire complicanze o effetti avversi. Nella *tabella 1* sono riassunti alcuni consigli sulla gestione perioperatoria delle terapie più comuni. Nei pazienti in doppia terapia antiaggregante dopo l'inserzione di uno stent, la terapia non andrebbe sospesa. Gli interventi in elezione dovrebbero essere rimandati nei portatori di uno stent metallico inserito da meno di sei settimane e di uno stent medicato inserito da meno di 12 mesi.

## Complicanze post-operatorie

### • Nausea e vomito

Sono sintomi che possono interessare il 20-25% dei pazienti dopo un'anestesia generale. Sono

più frequenti nei giovani, nelle donne e in caso di intervento. Gli oppioidi postoperatori possono aumentarne la frequenza.

Solitamente i sintomi sono di breve durata, alcune ore, ma a volte possono durare più a lungo. La nausea può essere gestita in modo semplice:

- evitare di muoversi troppo in fretta;
- bere piccoli sorsi d'acqua e fare pasti leggeri;
- utilizzare un'analgesia adeguata. Possono essere necessari antiemetici come ondansetron, metoclopramide o proclorperazina. I pazienti con nausea e vomito postoperatori prolungati dovrebbero essere rivalutati per cogliere precocemente segni di disidratazione, squilibri elettrolitici o problemi alla ferita chirurgica.

### • Faringodinia

È comune dopo interventi che richiedono l'intubazione. I sintomi di solito si risolvono entro 2 giorni; possono essere attenuati gargarizzando un FANS per ridur-

TABELLA 1

**Gestione preoperatoria della terapia farmacologica**

<b>Terapia cardiovascolare</b>	
Beta-bloccanti	Continuare
Calcioantagonisti	Continuare
ACE-inibitori/Sartani	Sospendere la mattina dell'intervento
Diuretici	Sospendere la mattina dell'intervento
Statine	Continuare
Antiarritmici	Continuare
<b>Anticoagulanti</b>	
Warfarin	Sospendere almeno 5 giorni prima dell'intervento (considerare terapia con EBPM)
Dabigatran	Se eGFR $\geq 50$ , sospendere 2 giorni prima dell'intervento
	Se eGFR $< 50$ , sospendere 5 giorni prima dell'intervento
Rivaroxaban	Sospendere almeno 1 o 2 giorni prima dell'intervento
Clopidogrel	Sospendere almeno 5 giorni prima dell'intervento
Aspirina	Sospendere almeno 5 giorni prima dell'intervento
<b>Antismatici</b>	
Broncodilatatori	Continuare
<b>Terapia endocrina</b>	
Terapia sostitutiva per ipotiroidismo	Continuare
Terapia steroidea per m. di Addison	Continuare, considerare l'aumento del dosaggio
Terapia ormonale	Sospendere 4 settimane prima dell'intervento, se possibile
Metformina	Sospendere almeno 24 ore prima dell'intervento
Insulina	Diminuire l'insulina basale/long-acting fino al 50%, coprire con insulina rapida
Inibitori del SGLT-2	Sospendere 3 giorni prima dell'intervento
Analoghi del GLP-1	Sospendere la mattina dell'intervento (farmaci quotidiani) o la settimana prima dell'intervento (farmaci settimanali)
<b>Sistema nervoso centrale</b>	
Fenitoina	Continuare (può essere somministrata per via endovenosa)
Fenobarbitale	Continuare (può essere somministrata per via endovenosa)
Carbamazepina	Dose di carico con fenitoina o fenobarbitale 1 giorno prima dell'intervento; continuare per tutto il periodo postoperatorio
Acido valproico	Dose di carico con fenitoina o fenobarbitale 1 giorno prima dell'intervento; continuare per tutto il periodo postoperatorio
Agonisti 5-HT1 (triptani)	Sospendere (interazioni con altri farmaci, rischio di sindrome serotoninergica)
<b>Urologici</b>	
Alfa-bloccanti/Inibitori della 5- $\alpha$ reduttasi	Continuare
Anticolinergici per instabilità vescicale	Continuare
Inibitori della 5-fosfodiesterasi (prescritti per indicazioni urologiche)	Sospendere 3 giorni prima dell'intervento per il rischio di ipotensione intraoperatoria
<b>FANS</b>	
Ibuprofene	A breve durata d'azione, sospendere 1 giorno prima dell'intervento
Naproxene	A lunga durata d'azione, sospendere 3 giorni prima dell'intervento
Paracetamolo	Continuare
Oppiacei (codeina, fentanyl, tramadolo, tapentadolo, ossicodone...)	Continuare

Modificata da: *Innovait, 2018;11(10), 570-575; Mayo Clin Proc 2021 Jun; 96:1655; Mayo Clin Proc 2021 May;96(5):1325*

re l'infiammazione e il dolore. In caso di sintomi persistenti è utile una consulenza otorinolaringoiatrica.

#### • *Abrasioni corneali*

Durante un'anestesia generale, il 60% dei pazienti non chiude naturalmente gli occhi e la cornea tende a seccare quando è esposta all'aria. Aderisce all'interno della palpebra, e quando le palpebre si riaprono, possono verificarsi abrasioni. Le lesioni possono essere molto dolorose. La guarigione delle abrasioni corneali richiede di solito alcuni giorni. La maggior parte dei pazienti guarisce senza effetti a lungo termine. Colliri e pomate possono essere utili, insieme a un analgesico se necessario.

#### • *Infezioni respiratorie*

È più probabile che si verifichino dopo un intervento toracico o addominale. Il rischio aumenta dopo i 50 anni, con il sovrappeso, nei fumatori o con comorbidità significative come BPCO o diabete. Il dolore postoperatorio può contribuire, poiché il paziente è riluttante a respirare profondamente, tossire o espettorare. Le polmoniti compaiono tra 4 e 7 giorni dopo l'intervento. Vanno sospettate in caso di tosse, febbre, tachicardia o dispnea dopo un intervento chirurgico recente.

#### • *Disfunzione cognitiva*

A differenza del delirium postoperatorio dei primi giorni dopo l'intervento, la disfunzione cognitiva postoperatoria (POCD) può svilupparsi dopo settimane o

mesi. I pazienti riferiscono difficoltà comportamentali crescenti, di memoria e con funzioni mentali complesse (parole crociate o multi-tasking). I problemi di memoria sono spesso il primo segno. La causa della POCD non è chiara. Sono state ipotizzate riduzioni pressorie peri- e postoperatorie, stress del ricovero, suscettibilità genetica e lo stato infiammatorio. È più frequente in età >60 anni, con interventi chirurgici importanti o procedure più lunghe, in caso di infezioni gravi o problemi respiratori postoperatori. Non sembra che ci siano differenze di frequenza tra anestesia regionale o generale. Può regredire nel corso di mesi o anni, ma sono descritti casi permanenti.

#### • *Complicanze neurologiche periferiche*

Le lesioni nervose periferiche possono presentarsi con alterazioni sensoriali o motorie: intorpidimento, formicolio, dolore, debolezza o paresi. Il problema

può verificarsi settimane dopo l'intervento. Le lesioni dei nervi periferici sono rare (<1 caso su 1.000): possono essere causate da compressione o stiramento dei nervi, posizione durante l'intervento, strumentazione chirurgica o lesioni dirette. Le lesioni nervose più comuni sono quelle del nervo ulnare, poiché è vulnerabile alla pressione sul gomito e del nervo peroneo comune, che può presentarsi con caduta del piede (steppage). Il recupero è variabile, ma la maggior parte dei sintomi si risolve completamente entro 3 mesi. Le lesioni midollari spinali, molto più rare, hanno effetti più invalidanti e permanenti. Possono essere causate da inadeguato apporto ematico al midollo spinale da ipotensione, embolie o compressione dei vasi sanguigni, con conseguente paralisi permanente degli arti inferiori e disfunzione autonoma.

In caso di comparsa di nuovi sintomi neurologici dopo un intervento, è opportuna una valutazione neurologica.

#### BIBLIOGRAFIA

- Pfeifer KJ et al. Preoperative management of endocrine, hormonal, and urologic medications: society for perioperative assessment and quality improvement (SPAQI) Consensus Statement. *Mayo Clin Proc* 2021; 96(6): 1655-1669.
- Smetana GV Strategies to reduce postoperative pulmonary complications in adults. UpToDate - Topic last updated: Jun 12, 2020.
- Carnachan A. Anaesthetics: What a GP needs to know. *InnovAiT* 2018; 11(10), 570-575.
- Izumi-Richards N et al. Complications of anaesthesia that might be encountered by Gps. *InnovAiT* 2015; 8(7): 404-410.
- Hafsah Hussain H. Fit for anaesthetic? *InnovAiT* 2015; 8(7): 390-394.
- Warner MA et al. Role of preoperative cessation of smoking and other factors in postoperative pulmonary complications: a blinded prospective study of coronary artery bypass patients. *Mayo Clin Proc* 1989; 64(6): 609.