

Linee guida per gli esami preoperatori

M. Ruscio^a, A. Cenci^b, B. Milanese^c, G. Bracco^d

^aLaboratorio Analisi Cliniche e Microbiologia, Ospedale Civile, Gemona del Friuli (UD)

^bLaboratorio Analisi Cliniche e Microbiologia, Ospedale "S. Agostino", Modena

^cLaboratorio Patologia Clinica, Azienda Ospedaliera, Desenzano del Garda (BS)

^dDipartimento di Laboratorio, Ospedale "Santa Croce e Carle", Cuneo

Introduzione

Il concetto di valutazione preoperatoria può essere fatto risalire ai primi anni '40, allorché l'American Society of Anesthesiologists (ASA) ha classificato le condizioni dei pazienti da sottoporre a intervento chirurgico al fine di confrontare fra loro popolazioni, farmaci e tecniche anestesiolgiche.

La classificazione ASA prevede cinque indici di rischio operatorio globale:

| Classe | Descrizione |
|--------|--|
| I | Soggetti sani |
| II | Modeste patologie sistemiche senza ripercussioni funzionali |
| III | Gravi malattie sistemiche con ripercussioni funzionali |
| IV | Gravi malattie sistemiche che determinano un costante pericolo di vita |
| V | Soggetti moribondi di cui è prevista la morte entro le 24 ore con o senza intervento |

Fino agli anni '60 la valutazione di tale rischio era affidata principalmente all'anamnesi e all'esame obiettivo del paziente ed il ricorso ai test di laboratorio era disposto in maniera selettiva, sulla base delle indicazioni cliniche.

In epoca immediatamente successiva l'ingresso di nuove tecnologie in grado di assicurare rapidamente l'esecuzione di un ampio pannello di esami ha portato a far entrare nella prassi preoperatoria l'effettuazione di varie indagini, non sempre ancorate alla storia clinica del paziente e al tipo di intervento chirurgico.

Gli esami preoperatori

È noto che l'esecuzione degli accertamenti preoperatori ha lo scopo di fornire informazioni sulle condizioni di salute del paziente per valutarne l'elezione all'intervento chirurgico.

L'obiettivo di tali accertamenti dunque, è di permettere all'anestesista e al chirurgo di operare nelle condizioni migliori e con le tecniche più appropriate, portando tendenzialmente a zero il rischio per il paziente. Pertanto la funzione delle indagini è quella di contribuire:

- a stabilire il rischio operatorio
- a scegliere l'intervento chirurgico più appropriato e la migliore anestesia
- a gestire il momento perioperatorio (intra e post) definendo a priori, per alcuni parametri ritenuti significativi, i valori basali.

Gli esami comunemente richiesti comprendono:

- radiografia del torace
- elettrocardiogramma
- indagini di laboratorio.

Relativamente a queste ultime è chiara e riconosciuta l'utilità per i pazienti che versano in condizioni gravi o critiche e che, secondo la classificazione ASA, si collocano nelle classi III, IV e V.

È invece controverso il loro utilizzo nei pazienti sani o clinicamente asintomatici e che, secondo la stessa classificazione ASA, si collocano nelle classi I e II.

Il presupposto per l'esecuzione routinaria degli accertamenti ematochimici in questi pazienti è dato dalla possibilità di rilevare patologie non sospettabili all'esame clinico, che possono comportare un aumento del rischio operatorio e influenzare conseguentemente il comportamento del chirurgo nella scelta dell'intervento e dell'anestesista nella tecnica da impiegare.

Sul punto vi è un'ampia letteratura prodotta negli ultimi vent'anni che dimostra, con vari studi retrospettivi od osservazionali e prospettici randomizzati, come in questi stessi pazienti le percentuali di dati patologici che poi risultano clinicamente importanti sono comprese solo tra lo 0 e lo 0.6% (1).

Gli studi sul valore degli esami preoperatori

In particolare una rassegna di Munro et al. (2) sulle evidenze disponibili in merito ai valori patologici rilevati in esami preoperatori effettuati su adulti sani (o

asintomatici), e realizzata utilizzando varie fonti, ha fornito i seguenti esiti:

- *emoglobina*: valori patologici (al di sotto di 10 g/dL) in meno del 5%;
- *conteggio delle piastrine*: alterazioni in una percentuale inferiore all'1.1%;
- *conteggio dei globuli bianchi*: alterazioni in meno dell'1%;
- *emostasi*: anomalie del tempo di sanguinamento nel 3.8%, del tempo di protrombina nel 4.8%, del tempo di tromboplastina parziale nel 15.6%;
- *sodio e potassio*: valori anomali in misura inferiore all'1.4%;
- *urea e creatinina*: valori anomali in misura inferiore al 2.5%;
- *glicemia*: valori anomali in misura inferiore al 5.2%;
- *esame delle urine*: risultato alterato in una percentuale compresa tra l'1 e il 34.1%.

La stessa rassegna ha quindi evidenziato che il riscontro delle alterazioni non ha comportato modifiche nella gestione dei pazienti, neanche nel caso dell'esame delle urine che, pur presentando un'elevata percentuale di valori anomali, ha fatto registrare un cambiamento nella gestione clinica solo nell'1-2.8% dei casi.

I numerosi altri studi compiuti su singoli esami e su varie batterie di esami hanno confermato analoghi esiti, e lo scarso impatto sulla gestione dei pazienti è stato giustificato col fatto che molti dati anomali sono borderline di dubbia interpretazione.

Le conclusioni cui giunge la quasi totalità dei lavori disponibili, si possono sintetizzare in quattro punti:

- l'uso routinario degli esami di laboratorio produce una ampia gamma di risultati alterati anche in pazienti apparentemente sani;
- l'importanza clinica di molti di questi risultati patologici è incerta;
- questi stessi risultati portano a riflessi sulla gestione clinica del paziente in una percentuale molto modesta di casi e, per alcuni test, non determinano conseguenza alcuna;
- la capacità dei test preoperatori routinari di predire complicanze perioperatorie nei pazienti asintomatici è scarsa o inesistente.

Le linee guida

Sulla base di tali indicazioni sono state elaborate numerose linee guida con lo scopo di standardizzare i comportamenti, di governare la domanda di indagini, di contenere la spesa, nonché di integrare e coordinare, nella gestione del percorso chirurgico, i diversi professionisti coinvolti.

Dette linee guida sono state promosse da varie istituzioni e organismi scientifici e assistenziali che si sono avvalsi della collaborazione di gruppi di lavoro interdisciplinari e degli apporti delle Società Scientifiche. Tra i documenti più autorevoli e più diffusi a livello internazionale vanno senz'altro citate le linee guida dell'American Society of Anesthesiologist, della Mayo

Clinic, del British Columbia Medical Association, della Società Francese d'Anesthésie et de Réanimation, del Belgian Anesthesia Patient safety Steering Committee, dello Swedish Council on Technology Assessment in Health Care/Statens, del Basque Office for Health Technology Assessment, cui si accompagna, a livello italiano, il programma di lavoro dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR).

Per quanto riguarda invece l'ambito regionale vanno citate le linee guida prodotte dall'ospedale Niguarda "Cà Granda" di Milano e dall'Agenzia Regionale della Sanità (ARS) dell'Emilia Romagna.

Si tratta di due documenti che muovono da distinte impostazioni metodologiche.

L'esperienza dell'Ospedale lombardo nasce dall'Unità Operativa di Valutazione della Qualità delle cure (ufficio VRQ) dell'omonima struttura ed è stata realizzata attraverso il coinvolgimento dei Servizi di Anestesia di 25 Ospedali Italiani.

Diversamente il lavoro prodotto in Emilia Romagna è frutto del contributo di un gruppo di esperti regionali, individuato dall'ARS, di cui sono stati chiamati a far parte un magistrato e un cittadino utente.

Senza scendere nel dettaglio dei singoli documenti ma prendendo a riferimento le comparazioni disponibili tra i contenuti delle varie linee guida si osserva un'ampia condivisione di alcuni concetti fondamentali:

- il numero degli esami preoperatori può essere drasticamente ridotto senza provocare eventi avversi per il paziente;
- i test di laboratorio eseguiti in preparazione all'intervento non hanno funzione di screening ma sono finalizzati all'atto chirurgico;
- i pazienti di classe ASA I e II *non necessitano di esami di laboratorio* se non sulla base di precisi riscontri clinici;
- la prescrizione di eventuali accertamenti deve essere disposta sugli esiti del preventivo esame clinico/anamnestico del paziente;
- è data facoltà di derogare dalle indicazioni che precedono in presenza di motivazioni cliniche e organizzative locali.

La prassi

Nonostante l'ampia convergenza sui profili sopra riportati restano alquanto limitate le esperienze applicative. Infatti, come riportato in letteratura, il 60-70% dei test preoperatori è richiesto non sulla base della storia clinica del paziente o del risultato dell'esame obiettivo (3) (4) ma secondo la logica del "più informazioni ho, meglio è".

È quindi legittimo domandarsi perché, nonostante l'univocità delle linee guida, la prassi non si è sostanzialmente modificata.

L'uso estensivo e indifferenziato degli esami di laboratorio reca forse vantaggi al paziente? al medico? alla società? o dipende, più semplicemente, da una consuetudine radicata e difficile da modificare?

Analizziamo le risposte possibili secondo i vari punti di vista, partendo da quello del paziente.

È dimostrato che l'esecuzione dei test ematochimici non incide sulla gestione chirurgica e che, anzi, il riscontro di risultati falsamente positivi può determinare il ricorso a terapie inappropriate e/o ulteriori indagini talora più invasive (5).

Veniamo al punto di vista del medico. Quotidianamente vengono prescritti pannelli di esami molto più ampi di quelli consigliati. Le motivazioni di questo comportamento sembrano prevalentemente di tipo personale più che scientifico, e sostanzialmente legate ad una routine collaudata e acritica oltre che ad un'esigenza di autotutela nei confronti di possibili questioni medico legali.

Da ultimo vi è la società che chiede appropriatezza negli atti medici, per ottenere la cura migliore al minor costo, ben sapendo che è su tale base che si fonda la sopravvivenza economica dell'attuale gestione della sanità.

I correttivi

Quali sono, dunque, gli interventi che possono modificare il modo di richiedere i test?

La produzione bibliografica trovata al riguardo afferma che non hanno ottenuto successi uniformi né le azioni educative, né i meccanismi di controllo a feedback, né i sistemi di premio-sanzione (6).

A queste indicazioni in negativo si contrappone una segnalazione positiva, derivata da una sperimentazione condotta in Olanda, dove è stato riorganizzato in forma sostanziale il protocollo preoperatorio, trasferendo il relativo iter dal chirurgo a dipartimenti esterni posti sotto la responsabilità dell'anestesista. In questo modo si è ottenuta una riduzione del 47% delle richieste inappropriate di test di laboratorio (7).

Si tratta di un'esperienza su cui riflettere e merita comunque attenzione il tentativo fatto di individuare un interlocutore unico per il governo del percorso operatorio.

È ipotizzabile mettere a verifica un diverso approccio metodologico nei confronti delle linee guida preoperatorie e del processo che le sottende?

Postuliamo infatti che tali linee guida possano essere fondate sul coinvolgimento e la condivisione di tutti gli attori interessati (medici di medicina generale, anestesisti, chirurghi, laboratoristi, medici dei servizi, direzione sanitaria), tale consenso ne potrebbe implementare l'efficacia e migliorare l'efficienza? Potrebbe giovare a questo scopo l'introduzione dell'analisi economica, degli indicatori di monitoraggio e valutazione, l'attivazione di meccanismi di verifica della loro utilità o obsolescenza?

Fino ad oggi le linee guida si sono limitate a fornire raccomandazioni di comportamento nel decidere quali sono le modalità di intervento più appropriate in specifiche circostanze cliniche e si sono costruite sulla revisione critica della letteratura disponibile secondo

criteri di valutazione predeterminati e condivisi da un gruppo di esperti multidisciplinare.

Se tale impostazione è ineccepibile sotto il profilo metodologico sconta forse dei limiti per quanto riguarda le ricadute sia in termini di responsabilità del medico, sia in termini di economie di scala. Da qui la proposta di pervenire alla loro elaborazione attraverso il consenso più vasto, l'approfondimento delle riserve/resistenze che emergono, la rivalutazione periodica dei profili preoperatori, la valutazione costi/benefici.

Il ruolo del laboratorio

La sfida coinvolge anche la medicina di laboratorio. Per contribuire infatti alla razionalizzazione dell'iter di preparazione all'intervento chirurgico il Laboratorio può concorrere alla precisazione del pannello dei test da richiedere; può individuare nuovi test dotati di valore predittivo perioperatorio; può meglio definire i valori di riferimento in relazione alla variabilità biologica inter e intra-personale e può ausiliare l'anestesista nella scelta del test diagnostico da effettuare dopo che ha valutato le probabilità a priori (prevalenza) della condizione da indagare alla luce dei dati anamnestici e clinici disponibili.

Alcune considerazioni conclusive

Se tutta la letteratura è concorde nel sostenere che il numero dei test preoperatori può essere ridotto senza che ciò rechi nocimento al paziente perché, allora, si continuano a compiere studi e a realizzare e rivedere linee guida che altro non fanno se non riconfermare quanto già si conosce? E perché quanto già si conosce non viene tradotto in coerenti comportamenti pratici?

Al riguardo un lavoro comparso su JAMA (8) nel 1999 ha cercato di descrivere le problematiche relative all'impiego delle linee guida, identificando ben 293 potenziali sbarramenti, tra cui la limitata conoscenza e familiarità con esse da parte dei medici e la limitata fiducia di questi ultimi nelle proprie capacità.

Per sovvertire tale situazione si è prima indicato, a livello di proposta, un cambiamento metodologico nella stesura delle linee guida, attraverso il coinvolgimento ampio, ma anche responsabile, di tutte le professionalità coinvolte.

Chiediamoci allora se tale indicazione potrebbe essere sperimentata a livello di singole ASL con progetti di qualità finalizzati a individuare un percorso che eviti rischi per il paziente, riduca i problemi medico-legali, contenga i costi rendendo, in ultima analisi, più sicuro l'atto chirurgico.

È senz'altro arrivato il momento che le Società Scientifiche pongano la questione e che chi ha la responsabilità di governare la sanità trovi le risposte possibili.

Bibliografia

1. Galub R, Cantu R, Sorrento JJ, Stein HD. Efficacy of preadmission testing in ambulatory surgical patients. *Am J Surg* 1992;163: 565-71.
2. Munro J, Booth A, Nichel J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. *Health Technol Assessment* 1997;1:12.
3. Kaplan EB, Sheiner LB, Boeckmann AJ. The usefulness of preoperative laboratory screening. *JAMA* 1985;253:3576-81.
4. Macario A, Roizen MF, Thisted RA, Kim S, Orkin FK, Phelps C. Reassessment of preoperative laboratory testing has changed the test ordering patterns of physicians. *Surg Gynecol Obstet* 1992;75:539-47.
5. World Health Organization (WHO) Working Group. Assessment of benefits and of clinical laboratory testing (Lab / 84.5). Geneva: WHO, 1984.
6. Schroeder SA, Kenders K, Cooper JK. Use of laboratory test and pharmaceutical: variation among physician and effect of cost audit on subsequent use. *JAMA* 1973;225:969-73.
7. Rutten CL, Post D, Smelt WL. Outpatient preoperative examination by the anesthesiologist. I fewer procedures and preoperative hospital day. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:1032-6.
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282:1458-65.