

Cognome.....Nome..... Data di nascita.....

Reparto di appartenenza.....Tipo di intervento.....Data intervento.....

CONDIZIONI PER CUI VA RICHIESTA LA VISITA CARDIOLOGICA DIRETTAMENTE: DAL CHIRURGO

1) CONDIZIONI CLINICHE ATTIVE

Angina instabile o severa CCS III	Peggioramento scompenso noto	Stenosi aortica severa
IMA >7<30 giorni	Aritmia ventricolare sintomatica	Stenosi mitralica severa
Scompenso classe NYHA 4°	FA con FC >100	
Scompenso di nuova diagnosi	Bradycardia < 50 bmp sintomatica	

2) BASSA CAPACITÀ FUNZIONALE < 4 MET

1 MET	<input type="checkbox"/> Vestirsi	<input type="checkbox"/> Usare il bagno	<input type="checkbox"/> Mangiare da soli
4 MET	<input type="checkbox"/> Camminare in casa	<input type="checkbox"/> Camminare lentamente 3-5 Km/h per 1-2 isolati	
5 MET	<input type="checkbox"/> Salire un piano di scale o	<input type="checkbox"/> Camminare in salita	
	<input type="checkbox"/> Camminare a passo spedito (8km/h) in pianura	<input type="checkbox"/> Correre per un breve tratto	
9 MET	<input type="checkbox"/> Attività sportiva di intensità moderata(ballare, camminare in montagna)		
> 10 MET	<input type="checkbox"/> Attività sportiva (nuoto,ciclismo,tennis)	<input type="checkbox"/> Attività lavorative pesanti	

3) PRESENZA DI COMORBIDITÀ SENZA VISITA CARDIOLOGICA RECENTE(ENTRO 6 MESI):

<input type="checkbox"/> Diabete IT	<input type="checkbox"/> Creatinina > 2 mg/dl	<input type="checkbox"/> Ematocrito <39.....> 51
-------------------------------------	---	--

CONDIZIONI PER CUI VA RICHIESTA LA VISITA CARDIOLOGIA DOPO LA VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA (30 GIORNI PRIMA DELL'INTERVENTO)

IMA pregresso (entro 3 mesi)	Pregresso scompenso	PTCA
Iperensione severa>180/110	Portatori di ICD	Impianto di stent: non medicato entro 30-45 giorni dalla procedura;
Referto ECG di nuovo riscontro di, WPW, Brugada, QT lungo , FA non nota , blocco bifascicolare con BAV 1° asintomatico)	Portatori di PM senza controllati nei precedenti 3-6 mesi	stent medicato entro 365 giorni dalla procedura

DIAGNOSI DI SINDROME CORONARIA ACUTA NEL POST OPERATORIO

Sintomi poco specifici	a ipotensione, ipertensione, tachicardia con attenta valutazione della VAS
ECG	da 6 ore dopo intervento , in 1°,2°,4° giornata
Troponina	6 ore dopo l'intervento , 1°, 2°,4° giornata

Cognome.....Nome..... Data di nascita.....

Reparto di appartenenza.....Tipo di intervento.....Data intervento.....

NORME PER LA GESTIONE DEI FARMACI CARDIOVASCOLARI

ASPIRINA / CLOPIDOGREL / TICLOPIDINA: IN MONOTERAPIA

SOSPENDERE	<ul style="list-style-type: none"> - aspirina 7 giorni prima dell'intervento - ticlopidina 72 ore prima dell'intervento - clopidogrel (plavix) 5 giorni prima dell'intervento
NON SOSPENDERE	<ul style="list-style-type: none"> - nel paziente sottoposto a PTCA e stent eccetto nelle chirurgie ad alto rischio di sanguinamento (comunicare all'atto della richiesta il rischio di sanguinamento)

ASPIRINA + CLOPIDOGREL: IN DOPPIA ANTIAGGREGAZIONE

Nella chirurgia	a basso rischio di sanguinamento	NON SOSPENDERE la doppia antiaggregazione	nello stent non medicato entro 4 settimane dall'impianto nello stent medicato entro 12 mesi dall'impianto
	a rischio moderato di sanguinamento	NON SOSPENDERE l'aspirina SOSPENDERE clopidogrel 5 giorni prima, da riprendere 24 ore dopo l'intervento	
	elevato di sanguinamento	SOSPENDERE l'aspirina 7 giorni prima SOSPENDERE clopidogrel 5 giorni prima, da riprendere prima possibile	

* nei casi ad alto rischio di trombosi intrastent § definiti dal cardiologo e dall'emodinamista, trattare con ricovero in cardiologia con inibitori IIb – IIIa da sospendere 4 ore prima dell'intervento § caratteristiche pazienti(diabetici, bassa FE , età avanzata, insuff renale) e/o anatomia coronarica sfavorevole (biforcazione, stent ostiali, piccoli, lunghi,sovrapposti, multipli, risultato non soddisfacente),

PAZIENTI AD ALTO RISCHIO DI COMPLICANZE ISCHEMICHE POST OPERATORIE

BETABLOCCANTI	<ul style="list-style-type: none"> - Atenololo 50-100 mg 30 giorni prima dell'intervento - Bisoprololo 5-10 mg 30 giorni prima dell'intervento
	<ul style="list-style-type: none"> - Se terapia beta bloccante già in atto continuare aggiustando la dose per ridurre Fc < 65 bpm - Intervento di emergenza <ul style="list-style-type: none"> - atenololo 5-10 mg ev nella preanestesia <p style="text-align: center;">continuare nel post op 2 volte die</p>
STATINA	continuare

NON SOSPENDERE LA TERAPIA CARDIOLOGICA IN ATTO. AD ECCEZIONE DEL SARTANO E DELL'ACE – LA MATTINA DELL'INTERVENTO NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO .DA RIPRENDERE QUANDO IL PAZIENTE È EUVOLEMICO.

Cognome.....Nome..... Data di nascita.....
 Reparto di appartenenza.....Tipo di intervento.....Data intervento.....

GESTIONE DEI PAZIENTI IN TAO CHE DEBBANO SOTTOPORSI AD INTERVENTO CHIRURGICO
 (escluse estrazioni dentarie, cataratta o biopsie il cui sanguinamento sia controllabile visivamente)

Paziente.....Età.....sesso.....peso.....

Assume. Warfarin Acenocumarolo Motivo:

In vista dell'interventodel..... ha seguito/iniziato lo schema seguente.

data	INR	Coumadin sintrom	Eparina a basso peso
- 5		no	no
- 4		no	Si se in sintrom
- 3		no	Si se in coumadin
- 2		no	si
- 1		no	si
0 intervento	piastrene	no	NO
+ 1		Dose usuale+ 50%	SI*
+ 2		Dose usuale + 50%	SI**
+ 3		Dose usuale	SI
+ 4		Dose usuale	SI
+ 5		Dose usuale	SI
+ 6		dose	Coumadin secondo INR
+ 7		dose	Coumadin secondo INR

*chirurgia maggiore in elezione ed altre manovre invasive (tutta la chirurgia in elezione eccetto quella ad alto rischio emorragico,biopsie a cielo coperto) ** A giudizio del chirurgo in caso di chirurgia maggiore ad alto rischio emorragico (neurochirurgia, prostatectomia, chirurgia in laparoscopia, interventi sulla retina)

Utilizzare la seleparina 100 mg/Kg due volte al dì nell'alto rischio TE (**protesi valvolare specialmente se la protesi è meccanica e posizionata sulla mitrale specialmente se a palla ingabbiata e posizionata da meno di un mese o vi sono più protesi. FA in età >70 anni, pregressa TEP, FE severamente ridotta**)

Unica somministrazione nel rischio trombo embolico medio-basso (iniziare 2 giorni dopo I sospensione coumadin 1 giorno dopo sospensione sintrom

<50Kg	2000 U x2
50-69 Kg	4000 U x2
70-89 Kg	6000 U x2
90-110 Kg	8000 U x2
> 110 Kg	10000 U x2

Cognome.....Nome..... Data di nascita.....

Reparto di appartenenza.....Tipo di intervento.....Data intervento.....

GESTIONE DELLA PROFILASSI PER LA TROMBOSI VENOSA PROFONDA

CLASSI DI RISCHIO	PROFILASSI MECCANICA ANTITROMBOTICA	PROFILASSI FARMACOLOGICA ANTITROMBOTICA	DURATA DELLA PROFILASSI	INIZIO DELLA PROFILASSI
BASSO RISCHIO: 1) chirurgia minore, età<40 anni, non fattori di rischio aggiuntivi	MOBILIZZARE PRECOCEMENTE	NO	//////////////////// ////////	////////////////////
MEDIO RISCHIO: 1) età 40-60 Anni senza fattori di rischio aggiuntivo 2) chirurgia maggiore, età<40 anni senza fattori di rischio aggiuntivi 3) Chirurgia minore in presenza di fattori di rischio aggiuntivi		LMWH, LDUH, 1 somministrazione die, FONDAPARINUX	FINO ALLA DIMISSIONE	12 ore prima
ALTO RISCHIO: 1) chirurgia maggiore età>40 in presenza di fattori di rischio aggiuntivi 2) chirurgia minore , età>60 anni e fattori di rischio aggiuntivi		LMWH O LDUH 3 volte die FONDAPARINUX	28 GIORNI DOPO LA DIMISSIONE	
ALTISSIMO RISCHIO: 1) chirurgia maggiore,età>40 aa pregressa TVP, neoplasia, alterazioni della coagulazione, 2) chirurgia elettiva di anca, ginocchio, frattura femore, traumatismo maggiore o lesione	1)bendaggio arti inferiori 2)calze elastiche antitrombo 3)compressione pneumatica intermittente (CPI)	LMWH O LDUH 3 volte die FONDAPARINUX	35 GIORNI DOPO LA DIMISSIONE	12 ore prima

NB: la profilassi meccanica va sempre eseguita anche nell'alto rischio di sanguinamento

FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVI: prolungata immobilità,sindrome nefrosica, uso di estrogeni o gravidanza,obesità, scompenso cardiaco.

ALTERAZIONI CONGENITE O ACQUISITE DELLA COAGULAZIONE CHE AUMENTANO IL RISCHIO:

deficit di antitrombina, deficit di proteina C,bassi livelli di plasminogeno, trombocitopenia da eparina, policitemiavera, iperomocisteinemia, anticorpi antifosfolipidi, mutazione del fattore V di Leiden.

Cognome.....Nome..... Data di nascita.....

Reparto di appartenenza.....Tipo di intervento.....Data intervento.....

Necessita protezione contro Endocardite Infettiva causa di cardiopatia a rischio

Diagnosi: _____

Prescritto da _____ data _____

PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE INFETTIVA

Raccomandazioni per le cardiopatie a rischio moderato-severo di endocardite infettiva (quelle tradizionali)

1. Prima di una procedura il medico deve spiegare al paziente se ha una cardiopatia a rischio lieve, moderato o alto di endocardite infettiva e le motivazioni dei recenti cambiamenti in tema di profilassi.
2. Il medico deve anche far conoscere al paziente le procedure che sono a rischio di batteriemia e spiegare i sintomi che, se insorgono dopo la procedura, dovrebbero spingere il paziente dallo specialista.
3. Tutti pazienti con cardiopatia a rischio devono fare attenzione a mantenere un'attenta igiene orale con pulizia quotidiana ed effettuare controlli periodici dal dentista.

La profilassi antibiotica è raccomandata:

1. In alcune condizioni cardiache con prognosi peggiore in caso di endocardite infettiva:
 - I. portatori di protesi cardiache
 - II. pregressa endocardite
 - III. In alcune cardiopatie congenite: cianogene non operate, inclusi gli shunts palliativi e i condotti operate con interventi definitivi con apposizione di materiale protesico o utilizzo di device sia per via toracotomica che mediante cateterismo percutaneo, nei primi 6 mesi dopo la procedura operate con difetti residui in prossimità di materiale protesico (patch o device) che ne impediscono l'endotelizzazione
 - IV. cardiotrapiantati che sviluppano una valvulopatia
2. In pazienti con più di 70 anni, immunodepressi, con diabete o in dialisi, la profilassi può essere effettuata anche nelle cardiopatie a rischio moderato (per esempio nei valvolari).

Procedure odontoiatriche

La profilassi antibiotica non è più indicata salvo che nelle cardiopatie ad alto rischio (vedi sopra) . In queste è raccomandata per qualsiasi manipolazione di tessuto gengivale, di tessuto periapicale o la perforazione della mucosa orale.

Terapia antibiotica di profilassi per interventi odontoiatrici

Schema antibiotico per interventi odontoiatrici:		Somministrazione: dose singola 30-60' prima della procedura	
Situazioni	Farmaco	Adulti	Bambini
Via orale	Amoxicillina	2 gr	50 mg/Kg
Via parenterale (pz incapaci ad assumere terapia orale)	Ampicillina o	2 gr IM o EV	50 mg/Kg IM o EV
	Cefazolina o	1 gr IM o EV	50 mg/Kg IM o EV
	ceftriaxone		
Allergici alla penicillina o ampicillina – via orale	Cefalexina ^{Φ§} o	2 gr	50 mg/Kg
	Clindamicina o	600 mg	20 mg/Kg
	Azitromicina o claritromicina	500 mg	15 mg/Kg
Allergici alla penicillina o alla ampicillina o incapaci ad assumere terapia orale	Cefazolina o ceftriaxone ^{§o}	1 gr IM o EV	50 mg/kg IM o EV
	Clindamicina	600 mg IM o EV	20 mg/Kg

IM = intramuscolo ^Φ o altre cefalosporine orali di prima o seconda generazione a dosaggio equivalente per adulti e bambini

EV= endovena [§] le cefalosporine non dovrebbero essere usate in pazienti con storia di anafilassi, angioedema o orticaria da penicilline o ampicilline

Procedure del tratto respiratorio

La profilassi antibiotica non è più indicata, salvo che *per* interventi del tratto respiratorio che prevedano incisioni o biopsie della mucosa respiratoria (es. tonsillectomia, adenoidectomia)

La profilassi va effettuata in caso di intervento su **tessuti infetti**.

Procedure del tratto gastrointestinale e genitourinario

La profilassi antibiotica *esclusivamente* attuata per prevenire l'endocardite **non è più raccomandata**.

E' raccomandata profilassi contro l'enterococco, in caso di infezioni genito-urinarie o gastrointestinali. In caso di **cistoscopia elettiva** e di infezione, questa va trattata preventivamente. In caso di urgenza va fatta la profilassi verso l'enterococco.

Procedure sulla pelle infetta o su strutture muscolo-scheletriche

Portare a conoscenza del medico che gli antibiotici utilizzati per il controllo dell'infezione in atto dovrebbero contenere un agente attivo contro gli stafilococchi e gli streptococchi del gruppo beta-emolitico.

Pazienti candidati a cardiocirurgia o a trapianto

Sarà cura dei medici specialisti stabilire le modalità adeguate di profilassi antibiotica.