



XLIX CONGRESSO REGIONALE S.O.Si.

PRESIDENTE: PROF. PASQUALE ARAGONA

10-12 APRILE 2025

UNAHOTELS - NAXOS BEACH SICILIA (ME)

**La sicurezza del paziente nell' ambito della chirurgia oculistica:
valutazione di comorbidità e terapie sistemiche, anestesia e
disinfezione del campo operatorio**

Antonio Longo

Clinica Oculistica Università di Catania

Guidance on patient
safety in
ophthalmology
from the Royal
College of
Ophthalmologists

SP Kelly

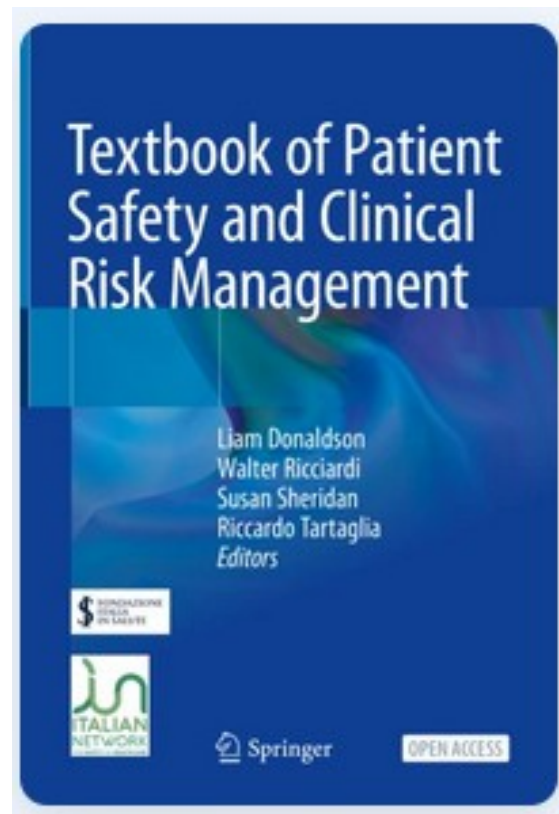
REVIEW

Sicurezza del paziente:

“il processo con cui un’organizzazione rende la cura del paziente più sicura.

questo dovrebbe coinvolgere i campi:

- determinazione dei rischi
- segnalazione ed analisi degli incidenti
- capacità di eseguire un corretto follow-up
- imparare dagli incidenti
- attuare strategie per minimizzare il rischio di ricorrenza degli stessi”



La sicurezza del paziente in oftalmologia

Myrta Lippera, Jacques Bijon, Chiara Eandi, Gianni Virgili

Argomenti trattati nel capitolo:

- La sicurezza del paziente nell'ambito della chirurgia oculistica
- I possibili eventi avversi dell'intervento di cataratta e della terapia con iniezioni intravitreali, le possibili strategie di prevenzione e gestione delle complicanze
- La cura del paziente prima, durante e dopo la chirurgia in oculistica
- Come migliorare il processo di apprendimento chirurgico
- Gli errori chirurgici nell'oculistica e le implicazioni per chirurgo e paziente, con particolare attenzione all'intervento di cataratta e alle iniezioni intravitreali
- Come avviene l'errore medico: il "modello del formaggio svizzero"
- Possibili errori che inducono al "wrong site surgery" e strategie per la prevenzione
- Come evitare gli errori medici

**valutazione dei rischi
(comorbidità e terapie sistemiche, anestesia)**

Tipologia intervento

Anestesia prevista

Condizioni del paziente

Tipologia intervento

Refrattiva (topica)

Cornea (locale, generale)

Cataratta (topica)

Glaucoma (locale)

Oculoplastica (locale)

Strabismo (generale)

Vitreoretina (locale)

Traumi bulbo aperto (generale)

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA IN CHIRURGIA OFTALMICA

I pazienti vanno suddivisi per tipologia di anestesia programmata e per classe di rischio anestesiologicalo, oltre che per tipologia e durata presunta dell'intervento chirurgico.

Le tipologie di anestesia necessarie agli interventi di chirurgia oftalmica vengono pertanto suddivise in:

■ **Anestesia topica**

- Senza sedazione ansiolitica (somministrazione di modiche quantità di farmaci ansiolitici tipo benzodiazepine, etc);
- Con sedazione ansiolitica.

■ **Anestesia per infiltrazione**

- Senza sedazione ansiolitica (somministrazione di modiche quantità di farmaci ansiolitici tipo benzodiazepine etc);
- Con sedazione ansiolitica.

■ **Anestesia loco-regionale** (peri-bulbare, para-bulbare, retro-bulbare)

- Senza sedazione o con sedazione ansiolitica (come sopra);
- Con sedazione ansiolitica e analgesica profonda (es: benzodiazepine associate ad oppiacei, propofol, etc) a rischio di depressione respiratoria.

■ **Narcosi**

ASA PS Classification	Definition	Adult Examples, Including, but not Limited to:	Pediatric Examples, Including but not Limited to:	Obstetric Examples, Including but not Limited to:
ASA I	A normal healthy patient	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use	Healthy (no acute or chronic disease), normal BMI percentile for age	
ASA II	A patient with mild systemic disease	Mild diseases only without substantive functional limitations. Current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30<BMI<40), well-controlled DM/HTN, mild lung disease	Asymptomatic congenital cardiac disease, well controlled dysrhythmias, asthma without exacerbation, well controlled epilepsy, non-insulin dependent diabetes mellitus, abnormal BMI percentile for age, mild/moderate OSA, oncologic state in remission, autism with mild limitations	Normal pregnancy*, well controlled gestational HTN, controlled preeclampsia without severe features, diet-controlled gestational DM.
ASA III	A patient with severe systemic disease	Substantive functional limitations; One or more moderate to severe diseases. Poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI ≥40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.	Uncorrected stable congenital cardiac abnormality, asthma with exacerbation, poorly controlled epilepsy, insulin dependent diabetes mellitus, morbid obesity, malnutrition, severe OSA, oncologic state, renal failure, muscular dystrophy, cystic fibrosis, history of organ transplantation, brain/spinal cord malformation, symptomatic hydrocephalus, premature infant PCA <60 weeks, autism with severe limitations, metabolic disease, difficult airway, long term parenteral nutrition. Full term infants <6 weeks of age.	Preeclampsia with severe features, gestational DM with complications or high insulin requirements, a thrombophilic disease requiring anticoagulation.
ASA IV	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life	Recent (<3 months) MI, CVA, TIA or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, shock, sepsis, DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis	Symptomatic congenital cardiac abnormality, congestive heart failure, active sequelae of prematurity, acute hypoxic-ischemic encephalopathy, shock, sepsis, disseminated intravascular coagulation, automatic implantable cardioverter-defibrillator, ventilator dependence, endocrinopathy, severe trauma, severe respiratory distress, advanced oncologic state.	Preeclampsia with severe features complicated by HELLP or other adverse event, peripartum cardiomyopathy with EF <40, uncorrected/decompensated heart disease, acquired or congenital.
ASA V	A moribund patient who is not expected to survive without the operation	Ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction	Massive trauma, intracranial hemorrhage with mass effect, patient requiring ECMO, respiratory failure or arrest, malignant hypertension, decompensated congestive heart failure, hepatic encephalopathy, ischemic bowel or multiple organ/system dysfunction.	Uterine rupture.
ASA VI	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes			

Linee guida per la richiesta appropriata dei test pre-operatori nella chirurgia elettiva

Antonino Cartabellotta^{1*}, Gian Marco Anzellotti²

¹Medico, Fondazione GIMBE, ²Medico in formazione specialistica in Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma

Box 1. Classificazione dello stato fisico ASA (*American Society of Anesthesiologists*)³

ASA 1 – Soggetto in salute

ASA 2 – Soggetto con malattia sistemica moderata

ASA 3 – Soggetto con malattia sistemica severa

ASA 4 – Soggetto con malattia sistemica severa, in costante pericolo di vita

Box 2. Gradi di complessità della chirurgia

In assenza di un sistema di classificazione dello stress chirurgico universalmente accettato e validato, il GDG ha adottato questa semplice scala, riportando esempi per le raccomandazioni aggiornate.

Chirurgia minore

- Escissione di lesione cutanea
- Drenaggio di ascesso mammario

Chirurgia intermedia

- Ernioplastica inguinale
- Escissione di vene varicose della gamba
- Tonsillectomia o adenotonsillectomia
- Artroscopia di ginocchio

Chirurgia maggiore

- Isterectomia
- Resezione endoscopica della prostata
- Discectomia lombare
- Tiroidectomia
- Artroprotesi totale
- Chirurgia polmonare
- Resezione del colon
- Dissezione radiale del collo

Tabella. Test diagnostici pre-operatori in relazione alla complessità dell'intervento chirurgico e alla classe ASA

CHIRURGIA MINORE			
Test pre-operatori	ASA 1	ASA 2	ASA 3 o ASA 4
Emocromo completo	Non di routine	Non di routine	Non di routine
Test di coagulazione	Non di routine	Non di routine	Non di routine
Funzionalità renale	Non di routine	Non di routine	Considerare nei soggetti a rischio di IRA ¹
ECG ²	Non di routine	Non di routine	Considerare se non eseguito negli ultimi 12 mesi
Funzionalità respiratoria/emogasanalisi	Non di routine	Non di routine	Non di routine
CHIRURGIA INTERMEDIA			
Test pre-operatori	ASA 1	ASA 2	ASA 3 o ASA 4
Emocromo completo	Non di routine	Non di routine	Considerare nei soggetti con patologie cardiovascolari o renali in caso di sintomi non valutati recentemente
Test di coagulazione	Non di routine	Non di routine	Considerare nei soggetti con epatopatia cronica: - Se il soggetto assume anticoagulanti e deve modificare il trattamento, elaborare un piano individuale secondo PDTA locali - Se i PDTA locali prevedono di valutare la coagulazione immediatamente prima dell'intervento chirurgico, eseguire test point-of-care ³
Funzionalità renale	Non di routine	Considerare nei soggetti a rischio di IRA ¹	Sì
ECG ²	Non di routine	Considerare nei soggetti con comorbidità cardiovascolari, renali o con diabete	Sì
Funzionalità respiratoria/emogasanalisi	Non di routine	Non di routine	Considerare un consulto anestesilogico urgente dopo la valutazione di pazienti in classe ASA 3 o ASA 4 per sospetta insufficienza respiratoria
CHIRURGIA MAGGIORE			
Test pre-operatori	ASA 1	ASA 2	ASA 3 o ASA 4
Emocromo completo	Sì	Sì	Sì
Test di coagulazione	Non di routine	Non di routine	Considerare nei soggetti con epatopatia cronica: - Se il soggetto assume anticoagulanti e deve modificare il trattamento, elaborare un piano individuale secondo PDTA locali - Se i PDTA locali prevedono di valutare la coagulazione immediatamente prima dell'intervento chirurgico, eseguire test point-of-care ³
Funzionalità renale	Considerare nei soggetti a rischio di IRA ¹	Sì	Sì
ECG ²	Considerare nei soggetti di età ≥65 anni che non hanno eseguito ECG degli ultimi 12 mesi	Sì	Sì
Funzionalità respiratoria/emogasanalisi	Non di routine	Non di routine	Considerare un consulto anestesilogico urgente dopo la valutazione di pazienti in classe ASA 3 o ASA 4 per sospetta insufficienza respiratoria

¹IRA: insufficienza renale acuta.

²ECG: elettrocardiogramma.

³Gli effetti degli anticoagulanti orali diretti (DOACs) non possono essere misurati con i test di routine.

2022

LINEE GUIDA

LA CHIRURGIA DELLA CATARATTA DELL'ADULTO:
INDICAZIONI ALL'INTERVENTO, PERCORSO PREOPERATORIO,
TECNICHE OPERATORIE, PERCORSO POSTOPERATORIO.



SOCIETÀ ITALIANA DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA



PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

XLIX CONGRESSO REGIONALE S.O.SI • 10-12 APRILE 2025 • GIARDINI NAXOS (ME)

QUESITO 1

IN PAZIENTI CHE SI SOTTOPONGONO A INTERVENTO DI CATARATTA CON ANESTESIA TOPICA, GLI ESAMI SISTEMICI E LA VISITA ANESTESIOLOGICA DIMINUISCONO IL RISCHIO DI EVENTI AVVERSI LEGATI ALL'INTERVENTO?

RACCOMANDAZIONE

Nei pazienti che devono sottoporsi ad un intervento di cataratta, si raccomanda di non eseguire test di laboratorio preoperatori di routine e valutazione anestesiologica preoperatoria in tutti i pazienti . Fanno eccezione pazienti claustrofobici, pazienti con disabilità psichiatrica, pazienti con patologie a rischio, come ad esempio ipertensione sistemica non controllata, malattie polmonari, malattie renali e patologie che mettano a rischio le funzioni vitali o situazioni oculari complesse a giudizio del chirurgo.

Il Panel suggerisce comunque di utilizzare dei questionari clinici preoperatori come quelli allegati in appendice da compilare in collaborazione con i medici curanti e da utilizzare per lo screening preoperatorio dei pazienti. (Appendice B)

Forza della raccomandazione: Forte contro (basata su qualità delle prove moderata)

Questionario Clinico Preoperatorio




Nome Cognome.....Età.....Peso.....H.....

Data di nascita.....Residenza.....

Genere M ☐ F ☐

Interventi chirurgici pregressi	Si	No	Droghe di uso abituale	Si	No
Complicanze per le anestesie	Si	No	Farmaci che usa regolarmente	Si	No
Assume alcoolici quotidianamente	Si	No			
Allergia a farmaci e/o sostanze	Si	No			
	lattice		Potrebbe essere in stato di gravidanza?	Si	No
	frutta		Protesi acustiche		Lenti a contatto
	nicchel		Protesi dentali mobili		Fumatore

Malattie pregresse e/o attuali

 <p>Cardiocircolatorie</p> <p>Ipertensione <input type="checkbox"/></p> <p>Ischemia/IMA <input type="checkbox"/></p> <p>Aritmie <input type="checkbox"/></p> <p>Scompenso Cardiaco <input type="checkbox"/></p> <p>Valvulopatie <input type="checkbox"/></p> <p>Altra Malformazione <input type="checkbox"/></p>	 <p>Respiratorie</p> <p>Asma <input type="checkbox"/></p> <p>Bronchite <input type="checkbox"/></p> <p>Polmonite <input type="checkbox"/></p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/></p> <p>Apnee Notturme <input type="checkbox"/></p> <p>Ossigeno domiciliare <input type="checkbox"/></p>	 <p>Digerente</p> <p>Gastrite <input type="checkbox"/></p> <p>Ulcera <input type="checkbox"/></p> <p>Reflusso GE <input type="checkbox"/></p> <p>Epatite A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>Cirrosi epatica <input type="checkbox"/></p> <p>Coliche biliari <input type="checkbox"/></p>
--	--	---

Altre condizioni patologiche			Altro
Diabete <input type="checkbox"/>	Trombosi <input type="checkbox"/>	Coagulopatia <input type="checkbox"/>	
Anemia <input type="checkbox"/>	Embolia <input type="checkbox"/>	Neurologici <input type="checkbox"/>	
Ictus cerebrali <input type="checkbox"/>	Aneurisma <input type="checkbox"/>	Muscolari <input type="checkbox"/>	
Epilessia <input type="checkbox"/>	Affanno <input type="checkbox"/>	Tiroidei <input type="checkbox"/>	
Ansia <input type="checkbox"/>	Favismo <input type="checkbox"/>	Renali <input type="checkbox"/>	
Depressione <input type="checkbox"/>	Sordità <input type="checkbox"/>	Paralisi/Paresi <input type="checkbox"/>	

Data.....Firma Paziente.....

Firma curante.....

SERVIZIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Data:	Reparto:
Cognome:	Nome:
Intervento:	Data di nascita:
VALUTAZIONE PRE – ANESTESIOLOGICA (a cura del clinico chirurgo)	
Ipertensione	
Pregressi problemi cardiovascolari minori	
Pregresso infarto del miocardio	
Anigma pectoris o precordialgie	
Pregressi scompensi cardiaci(edema polmonare)	
Trattamento per aritmie cardiache	
Soffi cardiaci	
Febbre reumatica nell'infanzia	
Pregressi problemi respiratori	
Asma, bronchite cronica, enfisema	
Tosse frequente	
Salire un piano di scale provoca dispnea?	
Camminare per un isolato provoca dispnea?	
Fumo si ex se si quante sigarette die per quanti anni	
Diabete	
Problemi di coagulazione o di eccessivo sanguinamento	
Patologie cerebrali (epilessia, ictus)	
Parestesie o debolezza agli arti inferiori o superiori	
Patologie epatiche (ittero, epatite)	
Beve più di tre bevande alcoliche al giorno/ se si quante a settimana	
Difficoltà a digerire, bruciore allo stomaco, ernia istale	
Patologie gastrointestinali	
Patologie nefrologiche	
Patologie tirodee	
Artrosi cervicale o temporo- mandibolare	
Protesi dentarie, denti incapsulati o mobili	
Altre patologie importanti:	
Possibile gravidanza?	
Precedenti anestesi. Se si, quando l'ultima volta	
Reazioni agli anestetici nel paziente o nei familiari	
Problemi di allergie	
Terapia attuale	
Se risposte in grassetto > 3 programma visita anestesiologica	
NOTE:	Firma chirurgo:
VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA :	
SI NO	

COGNOME _____ NOME _____ ETA' _____ PESO _____

SOFFRE DI ALLERGIE? QUALI?	SI	NO
SOFFRE DI ANGINA PECTORIS?	SI	NO
HA MAI AVUTO UN INFARTO CARDIACO?	SI	NO
HA MAI AVUTO UN 'EMBOLIA POLMONARE?	SI	NO
HA MAI AVUTO UNO SCOMPENSO CARDIACO?	SI	NO
SOFFRE DI ARITMIA CARDIACA?	SI	NO
SOFFRE DI IPERTENSIONE ARTERIOSA (PRESSIONE ALTA)?	SI	NO
SOFFRE DI DIABETE MELLITO?	SI	NO
SOFFRE DI INSUFFICIENZA RENALE?	SI	NO
SOFFRE DI ASMA?	SI	NO
SOFFRE DI BRONCHITE CRONICA?	SI	NO
HA MAI AVUTO UN ICTUS CEREBRALE?	SI	NO
HA MAI AVUTO UN TIA CEREBRALE?	SI	NO
SOFFRE DI MORBO DI PARKINSON?	SI	NO
SOFFRE DI MIASTENIA?	SI	NO
SOFFRE DI MALATTIA PSICHIATRICA?	SI	NO
SOFFRE DI CIRROSI EPATICA?	SI	NO
SOFFRE DI QUALCHE ALTRA MALATTIA IMPORTANTE? QUALE?	SI	NO

QUALI INTERVENTI DI CHIRURGICI HA AVUTO?

QUALI FARMACI PRENDE?

HA AVUTO PROBLEMI DI ANESTESIA IN PASSATO?

HA AVUTO RECENTEMENTE RICOVERI IN PRONTO SOCCORSO PER MOTIVI RESPIRATORI, CARDIOLOGICI O NEUROLOGICI?

DATA _____ FIRMA _____

QUESTIONARIO DI SCREENING PREOPERATORIO
OCULISTICO

Sig. / Sig.ra _____

Data nascita _____ Peso _____ Altezza _____

• Ha difficoltà di respiro per malattie polmonari:

NO

SÌ, quali Asma BPCO

Altro _____

• È in grado di camminare in piano per 100 metri a piedi a bassa velocità o fare un piano di scale?

SÌ _____

NO

• Riesce a eseguire attività di scarso sforzo (rifare letti, portare la spesa)?

SÌ _____

NO

• Ho avuto un infarto cardiaco da meno di 6 mesi

SÌ _____

NO

• Ho avuto uno scompenso cardiaco da meno di 6 mesi

NO

• Malattie o alterazioni cardiache _____

• In passato ho avuto angioplastica coronarica, bypass coronarici impianto pacemaker

NO

SÌ quando e cosa _____

SÌ _____

• Ho dolori ricorrenti al petto nell'area del cuore

NO

SÌ _____

• Ho ipertensione sanguigna

NO

SÌ _____

Medicine per l'ipertensione: _____

• Ho diabete da _____ anni [non ho diabete] Ipoglicemizzanti orali

NO

SÌ specifica _____

• Insulina

ANO

SÌ specifica _____

sono spesso in ipoglicemia sotto i 70 – iperglicemia sopra i 300 – Non lo so, misuro poco

• Altre malattie attuali per le quali prendo farmaci e quali

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

• prendo anche SINTROM COUMADIN PLAVIX ASPIRINA NAO altro anticoagulante

la mia coagulazione è controllata da _____

• Altre anomalie o interventi _____

• ALLERGIE A FARMACI (se li prendo rischio di morire, mi gonfio, non respiro, mi viene prurito)

• ALLERGIE AD ALTRO (cibi, cerotti, lattice...) _____

• Non posso prendere i seguenti altri farmaci _____

• Interventi chirurgici con complicanze per l'anestesia? _____

• Per donne pre menopausa: è possibile sia in corso una gravidanza NO SÌ

• Disorientamento fuori dall'ambiente domestico, decadimento mentale _____

• Claustrofobia, scarsa capacità di autocontrollo _____

• NON capisco l'italiano per niente Non parlo ma capisco [capisco e parlo italiano]

• Perdita dell'udito moderata. elevata. [nessuna perdita dell'udito]

• Protesi mobile dentaria _____

• Ho le seguenti disabilità _____

Data _____ Firma _____

Presenza visione del personale sanitario _____

1) valutazione di comorbidità e terapie sistemiche anamnesi

Età (bambini, giovani)

Farmaci assunti (....,anticoagulanti...)

Allergie

Precedenti interventi anestesie e eventuali problemi

Patologie cardiovascolari, respiratorie, neurologiche, diabete...

Ansia, attacchi di panico, claustrofobia

Pazienti non collaboranti (deficit cognitivi)

Tremore incontrollabile

Chirurgia complessa

Sala operatoria...

Ipertensione (continua sua terapia), trattamento in s.o.

Diabete compensato

Patologie broncostrittive (supplementazione O2)

**Monitoraggio continuo ECG, saturazione, atti respiratori,
pressione arteriosa**

Apparecchiature per eventuale rianimazione

Training in Basic Life support (Advanced Life Support)

2) anestesia

QUESITO 3

LA PRESENZA CONTINUATIVA DI UN MEDICO ANESTESISTA IN SALA OPERATORIA IN CORSO DI INTERVENTO DI CATARATTA IN ANESTESIA TOPICA RIDUCE LA GRAVITÀ E GLI EFFETTI DEGLI EVENTI AVVERSI SISTEMICI?

RACCOMANDAZIONE

Nei pazienti che si sottopongono ad un intervento di cataratta in anestesia topica, si suggerisce che la presenza continuativa dell'anestesista in sala operatoria sia riservata ad interventi di cataratta eseguiti in pazienti con patologie sistemiche che mettano a rischio le funzioni vitali, oltre che in presenza di pazienti claustrofobici o con disabilità psichiatrica, per i quali sia stata richiesta valutazione anestesiológica preoperatoria.

Forza della raccomandazione: Debole contro (basata su qualità delle prove molto bassa)

ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA IN CHIRURGIA OFTALMICA

In particolare si ritiene imprescindibile e mai derogabile la presenza di un medico anestesista per ogni paziente in narcosi e in anestesia loco-regionale con sedazione analgesica profonda (es: per interventi di chirurgia retinica, orbitaria, pediatrici, cataratte complicate o in pazienti con gravi patologie sistemiche concomitanti).

Nel solo caso di interventi in anestesia topica o per infiltrazione senza la necessità di alcuna sedazione o soltanto con una sedazione minima a scopo ansiolitico, e comunque mai nel caso di sedazioni profonde o utilizzo di pompe di infusione di farmaci, si ritiene accettabile, anche se sub-ottimale, l'utilizzo di un medico anestesista per 2 pazienti su 2 letti operatori distinti, ferme restando tutte le altre precauzioni ed obblighi quali il monitoraggio, la compilazione della scheda anestesiologicala, la predisposizione di un accesso venoso preliminare all'esecuzione dell'anestesia.

Questa ultima evenienza potrà garantire la sicurezza del paziente esclusivamente nel caso che si verifichi all'interno di strutture complesse ad alto volume di prestazioni con personale medico ed infermieristico di particolare e provata esperienza nel settore ed esclusivamente nel caso di pazienti in classe ASA 1-2, assistiti in sale operatorie attigue, all'interno del medesimo gruppo operatorio e con facile accessibilità, visibilità del monitoraggio e spostamento da un letto operatorio all'altro da parte del medico anestesista. In simili casi, tuttavia, il medico anestesista potrà a sua unica discrezione differire o fermare una delle due sale, qualora le condizioni di uno dei due pazienti richiedano il suo esclusivo interesse.

Chapter 13

Guidelines for the Provision of Anaesthesia
Services (GPAS)

Guidelines for the provision of Ophthalmic
Anaesthesia services 2025

Personale
Attrezzature, servizi, strutture

Anestesia locale con anestesista
Sedazione e.v. con anestesista

Problematiche sistemiche

Sedazione centrale (confusione, afasia, depressione respiratoria, fino all'arresto cardiaco)

Riflesso oculo-cardiaco

Allergia

Sedativi: benzodiazepine (ev: diazepam –Valium-, midazolam –Ipnovel-)

Ipnotici (ev: propofol –Diprivan-)

Analgesici:

FANS (ketorolac –Toradol- paracetamolo –Tachipirina (pediatrico)

steroidi (edema) (betametasone, Bentelan, prednisolone- Deltacortene)

anestetici locali (mepivacaina –Carbocaina-, ropivacaina –Naropina, buvivacaina-Maicaina)

Analgo-sedativi (oppioidi) (tramadolo –Contramal-, fentanyl -Fentanest)

3) disinfezione del campo operatorio

Disinfezione cute perioculare (iodopovidone 10%)

Sacco congiuntivale (iodopovidone 5% per 3 minuti)

Profilassi preoperatoria

**Trattamenti intraoperatori
(antibiotici camera anteriore)**

Profilassi post-operatoria

QUESITO 4

LA SOLA IGIENE PERIOCLARE PERI O INTRA- OPERATORIA SENZA TERAPIA ANTIBIOTICA TOPICA PREOPERATORIA INCREMENTA L'INCIDENZA DI INFEZIONI ENDOCULARI?

INTRODUZIONE

La letteratura supporta il ruolo essenziale dello iodopovidone (PVI) per la preparazione della superficie oculare prima della chirurgia della cataratta. Anche il PVI topico allo 0,6% come forma di profilassi per la chirurgia della cataratta è diventato uno standard di cura.¹

Un passo obbligatorio per ridurre i batteri nell'area della ferita è applicare iodopovidone 5 % sulla cornea e nel sacco congiuntivale per un minimo di tre minuti prima dell'intervento e iodopovidone 10% sulla cute perioculare.

Quando lo iodopovidone è controindicato (una vera allergia è rara e l'ipertiroidismo è solo una relativa controindicazione a questo uso), si può usare la clorexidina acquosa 0,05% o altre sostanze in fase di studio come l'acido ipocloroso.²

RACCOMANDAZIONE

Nei pazienti che si sottopongono ad un intervento di cataratta, si suggerisce di eseguire la sola igiene perioculare perioperatoria, in combinazione con iniezione antibiotica intracamerulare di antibiotico alla fine dell'intervento, senza terapia antibiotica topica preoperatoria.

Forza della raccomandazione: Debole a favore (basata su qualità delle prove molto bassa)

QUESITO 2

PROFILASSI DELLE INFEZIONI

L'INIEZIONE INTRACAMERULARE DI ANTIBIOTICI È PIÙ EFFICACE NEL PREVENIRE L'ENDOFTALMITE POSTOPERATORIA RISPETTO ALLA SOLA SOMMINISTRAZIONE TOPICA DI ANTIBIOTICI?

RACCOMANDAZIONE

Nei pazienti che si sottopongono ad un intervento di cataratta, si raccomanda l'iniezione antibiotica intracamerulare di antibiotico alla fine dell'intervento per la prevenzione delle endoftalmiti postoperatorie. E' importante impiegare il corretto dosaggio e la corretta concentrazione del farmaco per evitare eventi avversi.

Forza della raccomandazione: Forte a favore (basata su qualità delle prove moderata)

Il futuro...

CATARACT CLINICAL UPDATE

Anesthesiology in a Changing Cataract Landscape

Innovations in phacoemulsification, IOLs, and other aspects of cataract surgery have resulted in safer and less invasive procedures that no longer require a hospital setting, in many cases, said Inder Paul Singh, MD, of The Eye Centers of Racine & Kenosha, in Kenosha, Wisconsin. These advancements have also reduced surgical time and the need for ocular akinesia. As a result, ophthalmologists have been exploring alternative approaches to standard anesthesia and sedation methods.

Shifting Surgical Theaters

The use of anesthesia during cataract surgery made national headlines in 2018 when Anthem BlueCross BlueShield (BCBS) proposed new clinical



CATARACT SURGERY. The anesthesia team at the Bascom Palmer Eye Institute as they prepare for a routine cataract surgery.

Office-based surgery Classe A

Class A and Class B facilities. In-office surgery suites are categorized into two classes, Dr. Singh explained. Class A facilities are accredited for oral and topical anesthetics and do not require a dedicated anesthetist, while a Class B designation allows for monitored oral and higher-level intravenous (IV) sedation—but not general anesthesia—under the supervision of a licensed anesthesiology care team.

Dr. Singh operates a class A in-office surgery suite, in addition to providing services at ambulatory surgery centers (ASCs) and hospitals, all of which have different accreditation standards. In the office-based suite, “We have a crash cart and we monitor vitals, but there’s no IV access,” he said.

Updates in ophthalmic anaesthesia in adults

C.M. Kumar^{1,2,*}, E. Seet^{1,4} and A.W.Y. Chua³

¹Khoo Teck Puat Hospital, Yishun, Singapore, ²Newcastle University Medical School, EduCity, Johor, Malaysia, ³Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, NSW, Australia and ⁴Lee Kong Chian School of Medicine, Nanyang Technological University, Singapore

Table 1 Patient characteristics used in the scoring protocol

Category A (no points)	Category B (1 point each)	Category C (3 points each)
No additional risk factors carried by the patient	Previous vitrectomy Corneal scarring Small pupil (<3 mm) Shallow anterior chamber (depth <2.5 mm) Age > 88 years High ametropia (>6 D of myopia or hyperopia) Posterior capsule plaque Posterior polar cataract Miscellaneous risks assessed by the surgeon (eg, poor position of eye/patient)	Dense/total/white or brunescent cataract Pseudoexfoliation Phacodonesis