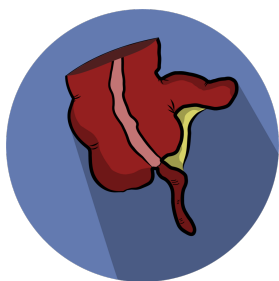


PROTOCOLLO EUPEMEN

APPENDICITE ACUTA

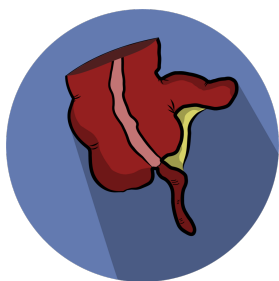
1	Prima del ricovero Anestesista, Chirurgo
1.1	Valutazione preoperatoria di routine Esame obiettivo, ecografia addominale e analisi del sangue complete, inclusa la proteina C-reattiva.
1.2	Sistemi di punteggio clinico Gli <i>score</i> valutati dovrebbero includere il punteggio della risposta infiammatoria dell'appendicite e il punteggio dell'appendicite nell'adulto. Per i pazienti anziani, devono essere utilizzati punteggi di fragilità come l'indice di fragilità modificato e VIG Express. Si dovrebbero valutare i criteri Beers per prevenire il delirio negli adulti di età superiore ai 65 anni.
1.3	Normotermia Garantire la normotermia preoperatoria nei pazienti fragili utilizzando coperte termiche.
1.4	Evitare il posizionamento di catetere vescicale Utilizzarlo solo se necessario.
1.5	Controllo della glicemia perioperatoria Per i pazienti diabetici utilizzare il protocollo dell'ospedale locale per diabetici da sottoporre a intervento chirurgico. Nei pazienti a rischio di sviluppare insulino-resistenza (pazienti obesi e anziani) e negli interventi chirurgici di durata superiore a 1 ora, evitare livelli di glucosio nel sangue superiori a 180 mg/dl.
1.6	Profilassi antibiotica La profilassi antibiotica dovrebbe essere praticata in tutti i casi e la tipologia di antibiotici dovrebbe essere scelta in base alla politica dell'ospedale locale.
1.7	Pacchetti di misure perioperatorie Sono raccomandate pacchetti di misure perioperatorie per prevenire le infezioni del sito chirurgico.
1.8	Consenso informato Il paziente deve essere pienamente informato della procedura programmata e delle sue potenziali complicanze. I pazienti in grado di intendere e di volere devono firmare un consenso informato scritto.
2	Perioperatorio
2.1	Intraoperatorio Anestesista, Chirurgo, Infermiera
2.1.1	WHO Surgical Safety Checklist



PROTOCOLLO EUPEMEN

APPENDICITE ACUTA

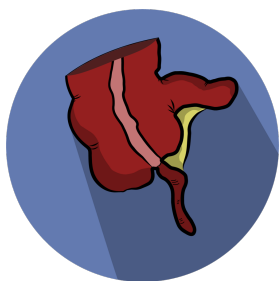
2.1.2	Monitoraggio intraoperatorio di routine
2.1.3	Approccio chirurgico Un approccio mininvasivo dovrebbe essere preferito nella maggior parte dei casi.
2.1.4	Induzione a sequenza rapida L'induzione a sequenza rapida per l'anestesia dovrebbe essere utilizzata per ridurre l'inalazione del contenuto gastrico.
2.1.5	Ossigenazione perioperatoria Dovrebbe essere utilizzata una frazione di ossigeno inspirato compresa tra 0,6 e 0,8.
2.1.6	Fluidoterapia Deve essere utilizzata la fluidoterapia mirata utilizzando sistemi di monitoraggio emodinamico non invasivi. Se tali sistemi non sono disponibili, devono essere somministrate continuamente soluzioni bilanciate in base all'approccio chirurgico: 3-5 ml/kg/h per la laparoscopia e 5-7 ml/kg/h per la laparotomia.
2.1.7	Evitare la cateterizzazione urinaria routinaria Usarla solo se necessaria.
2.1.8	Evitare l'utilizzo di sondino naso-gastrico Usarlo solo se necessario.
2.1.9	Mantenere la normotermia Utilizzare coperte termiche e fluidi riscaldati.
2.1.10	Controllo della glicemia perioperatoria Per i pazienti diabetici utilizzare il protocollo dell'ospedale locale per i diabetici da sottoporre a intervento chirurgico. Nei pazienti a rischio di sviluppare insulino-resistenza (pazienti obesi e anziani) e negli interventi chirurgici di durata superiore a 1 ora, evitare livelli di glucosio nel sangue superiori a 180 mg/dl.
2.1.11	Prevenzione della nausea e vomito post-operatori (PONV) Somministrare una terapia antiemetica secondo il punteggio di Apfel.
2.1.12	Evitare drenaggi addominali Usarli solo se necessario.
2.1.13	Analgesia multimodale a risparmio di oppioidi Dovrebbe essere utilizzata un'analgesia a risparmio di oppioidi che includa l'infiltrazione dei siti di accesso laparoscopici con anestetico locale o blocchi del piano per via transaddominale.
2.1.14	Profilassi tromboembolica La profilassi tromboembolica consistente in calze elastiche o a compressione intermittente ed eparina a basso peso molecolare deve essere somministrata secondo la politica dell'ospedale locale.
2.1.15	Pacchetti di misure perioperatorie Sono raccomandati pacchetti di misure perioperatorie per prevenire le infezioni del sito chirurgico.



PROTOCOLLO EUPEMEN

APPENDICITE ACUTA

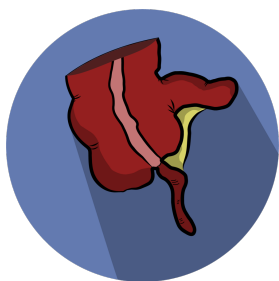
2.2	Immediato Postoperatorio Anestesista, Chirurgo, Infermiera
2.2.1	Mantenimento attivo della temperatura La temperatura corporea dovrebbe essere misurata di routine con l'obiettivo di prevenire l'ipotermia.
2.2.2	Ossigenoterapia La saturazione di ossigeno deve essere misurata di routine per prevenire la desaturazione.
2.2.3	Analgesia multimodale a risparmio di oppioidi
2.2.4	Fluidoterapia restrittiva
2.2.5	Controllo della glicemia perioperatoria Per i pazienti diabetici, utilizzare il protocollo dell'ospedale locale per diabetici da sottoporre a intervento chirurgico. Nei pazienti a rischio di sviluppare insulino-resistenza (pazienti obesi e anziani) e negli interventi chirurgici di durata superiore a 1 ora, evitare livelli di glucosio nel sangue superiori a 180 mg/dl.
2.2.6	Mobilizzazione precoce I pazienti dovrebbero sedersi entro 2 ore dall'intervento chirurgico e dovrebbero iniziare a deambulare 8 ore dopo l'intervento chirurgico, rispettando le ore notturne del sonno.
2.2.7	Alimentazione precoce I pazienti dovrebbero iniziare a bere 4 ore dopo l'intervento chirurgico.
2.2.8	Profilassi tromboembolica La profilassi tromboembolica consistente in calze elastiche o a compressione intermittente ed eparina a basso peso molecolare deve essere somministrata secondo la politica dell'ospedale locale.
2.2.9	Terapia antibiotica Gli antibiotici devono essere somministrati per l'appendicite acuta complicata. La scelta degli antibiotici deve essere effettuata in base alla politica dell'ospedale locale.
3	1ª Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
3.1	Alimentazione precoce Dovrebbe essere iniziata l'alimentazione con cibo semi-solido.
3.2	Mobilizzazione precoce I pazienti dovrebbero deambulare pienamente.



PROTOCOLLO EUPEMEN

APPENDICITE ACUTA

3.3	Fisioterapia respiratoria
3.4	Analgesia orale Dovrebbero essere somministrata analgesia a risparmio di oppioidi per via orale.
3.5	Evitare infusioni endovenose Se i pazienti tollerano i liquidi per via orale, sospendere la fluidoterapia per via endovenosa.
3.6	Profilassi tromboembolica La profilassi tromboembolica consistente in calze elastiche o a compressione intermittente ed eparina a basso peso molecolare dovrebbe essere somministrata secondo la politica dell'ospedale locale.
4	2^a Giornata Postoperatoria Chirurgo, Infermiera
4.1	Alimentazione precoce Alimentazione con cibo semisolido/solido.
4.2	Mobilizzazione precoce I pazienti dovrebbero deambulare pienamente.
4.3	Analgesia orale Dovrebbero essere somministrata analgesia a risparmio di oppioidi per via orale.
4.4	Evitare infusioni endovenose Se i pazienti tollerano i liquidi per via orale, sospendere la fluidoterapia per via endovenosa.
4.5	Profilassi tromboembolica La profilassi tromboembolica consistente in calze elastiche o a compressione intermittente ed eparina a basso peso molecolare dovrebbe essere somministrata secondo la politica dell'ospedale locale.
4.6	Dimissione precoce Valutare i criteri di dimissibilità.
5	Altri giorni di ricovero ospedaliero Chirurgo, Infermiera
5.1	Alimentazione orale precoce
5.2	Mobilizzazione precoce



PROTOCOLLO EUPEMEN

APPENDICITE ACUTA

5.3	Fisioterapia respiratoria
5.4	Analgesia orale
5.5	Antibioticoterapia
5.6	Tromboprofilassi
5.7	Valutare criteri di dimissibilità
6	Alla dimissione Chirurgo, Infermiera, Cure Primarie
6.1	Tromboprofilassi Continuare tromboprofilassi personalizzata in base ai rischi.
6.2	Terapia antibiotica Considerare di continuare la terapia antibiotica al domicilio.
6.3	Esami di laboratorio Esami di laboratorio con un calo di almeno il 50% della proteina C-reattiva prima della dimissione.
6.4	Follow-up Follow-up in ambulatorio o per telefono a 24 ore dalla dimissione. Invitare i pazienti a un controllo secondo la politica ospedale locale. Coordinare l'assistenza domiciliare con le cure primarie, se necessario.
6.5	Criteri di dimissibilità Criteri generali di dimissione: nessuna complicanza non gestibile in regime ambulatoriale, assenza di febbre, dolore controllato con analgesia orale, accettazione da parte del paziente.