



PROTOCOLLO EUPEMEN

CHIRURGIA BARIATRICA

1	
Prima del ricovero	
Anestesista, Chirurgo, Infermiera, Dietista	
1.1	Colloquio preoperatorio Il paziente deve essere pienamente informato sulla procedura e sul decorso perioperatorio sia verbalmente che per iscritto. Dovrebbe essere firmato il consenso informato.
1.2	Valutazione clinica completa Ciò dovrebbe includere anamnesi, esame obiettivo, radiografia del torace, esami del sangue (parametri della coagulazione, profilo biochimico, profilo nutrizionale ed emocromo completo) ed elettrocardiogramma.
1.3	Endoscopia digestiva superiore La valutazione endoscopica dell'esofago, dello stomaco e del duodeno dovrebbe essere eseguita come parte della preparazione preoperatoria. Ciò dovrebbe includere l'indagine per l' <i>Helicobacter pylori</i> , che se trovato dovrebbe essere eradicato prima dell'intervento chirurgico.
1.4	Controllo delle malattie croniche Tutte le malattie croniche dovrebbero essere ottimizzate prima dell'intervento chirurgico. La spirometria preoperatoria dovrebbe essere eseguita per i pazienti con malattia polmonare restrittiva. Valutazione cardiologica se il fattore di rischio cardiovascolare è maggiore di 3. Tutti i casi di malattie cardiovascolari di recente insorgenza o attive devono essere valutati da un cardiologo.
1.5	Valutazione del Diabete Mellito Dovrebbero essere studiati i livelli di glucosio e di HbA1c. Tutti i casi di diabete scarsamente controllato o non diagnosticato in precedenza devono essere indirizzati alle cure primarie o all'endocrinologo prima dell'intervento chirurgico.
1.6	Screening per l'apnea durante il sonno Fare lo screening dell'apnea notturna con il test STOP-BANG. Eseguire la polisonnografia se il punteggio è maggiore di 3.
1.7	Stato nutrizionale Perdita di peso prima dell'intervento chirurgico utilizzando una dieta ipocalorica o prodotti commerciali. Valutare i metodi aggiuntivi per la perdita di peso (farmaci, palloncino intragastrico). Correzione delle carenze nutrizionali pre-operatorie tra cui calcio, ferro, vitamina D e vitamina B12.
1.8	Smettere di fumare e ridurre il consumo di bevande alcoliche L'uso del tabacco dovrebbe essere interrotto e il consumo di alcol dovrebbe essere ridotto non appena viene fatta la diagnosi.
1.9	Attività fisica Programmare esercizi di potenziamento cardiovascolare, respiratorio e muscolare adeguati allo stato fisico del paziente.
1.10	Valutazione psicologica



PROTOCOLLO EUPEMEN

CHIRURGIA BARIATRICA

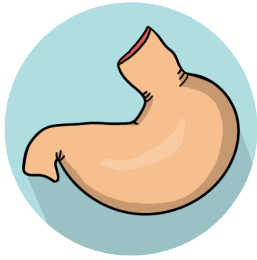
	Qualsiasi problema psicologico che il paziente possa avere dovrebbe essere affrontato in maniera completa.
1.11	Valutazione ASA Nell'ambito della valutazione anestesiológica preoperatoria deve essere calcolato il punteggio ASA.
1.12	Apfel score Il rischio di nausea e vomito intra-operatori dovrebbe essere valutato con il punteggio di Apfel.
2	Perioperatorio
2.1	Immediato pre-operatorio (Programma il ricovero lo stesso dell'intervento chirurgico se possibile) Anestesista, Chirurgo, Infermiera
2.1.1	Digiuno preoperatorio Ai pazienti NON dovrebbe essere consentito mangiare cibi solidi 8 ore prima dell'intervento e bere liquidi 2 ore prima dell'intervento.
2.1.2	Eparina a basso peso molecolare L'eparina a basso peso molecolare dovrebbe essere somministrata 2-12 ore prima dell'intervento chirurgico (a seconda che l'anestesia sia neuroassiale eseguita o meno).
2.1.3	Calze elastiche Posizionare calze elastiche o compressione pneumatica intermittente a seconda del rischio tromboembolico.
2.1.4	Carico di carboidrati Una singola bevanda a base di carboidrati (maltodestrine al 12,5%) pari a 400 ml dovrebbe essere somministrata 2 ore prima dell'anestesia, se non vi sono controindicazioni.
2.1.5	Evitare premedicazione con ansiolitici NON prescrivere premedicazione con ansiolitici.
2.1.6	Tricotomia con rasoio elettrico Il sito in cui verrà eseguita l'incisione dovrebbe essere rasato con un rasoio elettrico, se necessario.
2.1.7	Profilassi antibiotica La profilassi antibiotica dovrebbe essere somministrata 30-60 minuti prima dell'incisione chirurgica. La scelta dell'antibiotico dovrebbe essere fatta in base al protocollo ospedaliero locale.
2.1.8	Misure profilattiche per la prevenzione del rigurgito gastrico Per i pazienti con svuotamento gastrico ritardato dovrebbero essere adottate misure profilattiche per prevenire il rigurgito.



PROTOCOLLO EUPEMEN

CHIRURGIA BARIATRICA

2.2	
Intraoperative	
Anaesthetist, Surgeon, Nurse	
2.2.1	WHO Surgical Safety Checklist La checklist dell'OMS per la sicurezza in chirurgia dovrebbe essere completata prima di eseguire l'incisione.
2.2.2	Monitoraggio intraoperatorio di routine Durante la procedura si dovrebbero monitorare le funzioni vitali, la FiO ₂ , la profondità dell'anestesia, il blocco neuromuscolare e la glicemia. Si raccomanda anche il monitoraggio emodinamico non invasivo.
2.2.3	Evitare cateterismo arterioso Il catetere arterioso invasivo NON è richiesto di routine. Anche se dovrebbe essere usato per pazienti con gravi disturbi cardio-respiratori.
2.2.4	Evitare cateterismo venoso centrale I cateteri venosi centrali NON sono necessari di routine per resezioni minori e in assenza di fattori di rischio per insufficienza renale postoperatoria.
2.2.5	Evitare la cateterizzazione urinaria routinaria
2.2.6	Induzione e mantenimento dell'anestesia Anestetici a breve durata d'azione dovrebbero essere usati per l'induzione e il mantenimento dell'anestesia.
2.2.7	Ossigenazione I pazienti devono ricevere ossigeno con una FiO ₂ superiore al 50%.
2.2.8	Infusioni di liquidi per via endovenosa Si raccomanda l'ottimizzazione emodinamica utilizzando la fluidoterapia guidata dall'obiettivo (<i>goal directed</i>) con dispositivi validati. Se questi non fossero disponibili, si raccomanda una fluidoterapia restrittiva in base al peso ideale.
2.2.9	Prevenzione dell'ipotermia La temperatura dovrebbe essere monitorata e la normotermia dovrebbe essere mantenuta mediante riscaldamento attivo (fluidi riscaldati, coperta riscaldata).
2.2.10	Prevenzione della nausea e vomito postoperatori (PONV) Somministrare una terapia antiemetica secondo il punteggio di Apfel.
2.2.11	Analgesia epidurale L'analgesia epidurale toracica dovrebbe essere utilizzata in chirurgia a cielo aperto. In chirurgia laparoscopica NON è raccomandata di routine. I pazienti con controindicazione per l'analgesia epidurale e che sono a rischio di insufficienza renale o coagulopatia postoperatoria potrebbero trarre beneficio dal blocco del piano addominale trasversale (TAP block) bilaterale o altri metodi alternativi all'analgesia epidurale.
2.2.12	Chirurgia mininvasiva Gli approcci mininvasivi sono preferiti e dovrebbero essere utilizzati il più possibile.



PROTOCOLLO EUPEMEN

CHIRURGIA BARIATRICA

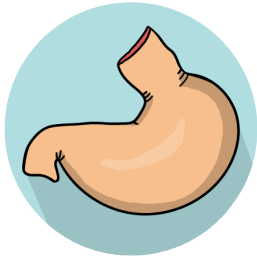
2.2.13	Evitare dispositivi di protezione delle suturatrici o colle biologiche I metodi di rinforzo della linea di sutura, quali l'uso di dispositivi di rivestimento delle suturatrici o colle biologiche, NON riducono il rischio di deiscenza secondo le evidenze.
2.2.14	Calibrare la gastrectomia verticale (sleeve) La gastrectomia verticale (sleeve) deve essere calibrata con le sonde.
2.2.15	Evitare sondino naso-gastrico I sondini nasogastrici sono consigliati solo intraoperatoriamente per svuotare lo stomaco.
2.2.16	Evitare drenaggi addominali
2.3	Immediato post-operatorio Anestesista, Infermiera
2.3.1	Mantenimento della normotermia La temperatura dovrebbe essere misurata regolarmente e mantenuta.
2.3.2	Analgesia a risparmio di oppioidi Dovrebbe essere utilizzata un'analgesia multimodale attiva o preventiva. Limitare l'uso di oppioidi. Puntare a un punteggio VAS inferiore a 3.
2.3.3	Ripresa precoce dell'alimentazione Inizio dell'assunzione di liquidi per via orale a partire da 6 ore dopo l'intervento chirurgico.
2.3.4	Mobilizzazione precoce La mobilizzazione dovrebbe iniziare 3 ore dopo l'intervento e dovrebbe iniziare con lo stare seduti a letto. La deambulazione dovrebbe iniziare 6 ore dopo l'intervento chirurgico rispettando le ore del sonno notturno.
2.3.5	Profilassi tromboembolica L'Eparina a Basso Peso Molecolare dovrebbe essere somministrata 12 ore dopo l'intervento chirurgico.
2.3.6	Profilassi della nausea e vomito postoperatori Somministrare una terapia antiemetica secondo il punteggio di Apfel.
2.3.7	Trattamento dell'apnea notturna Nei pazienti con apnea notturna, ripristinare la pressione positiva continua delle vie aeree (CPAPA) appena possibile.
3	1ª Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
3.1	Alimentazione precoce Dovrebbe essere iniziata una dieta liquida, come tollerata dal paziente.



PROTOCOLLO EUPEMEN

CHIRURGIA BARIATRICA

3.2	Alimentazione precoce Dovrebbe essere iniziata una dieta liquida, come tollerata dal paziente.
3.3	Mobilizzazione precoce I pazienti devono essere incoraggiati a camminare.
3.4	Analgesia a risparmio di oppioidi Dovrebbe essere utilizzata un'analgesia multimodale attiva o preventiva. Limitare l'uso di oppioidi. Puntare a un punteggio VAS inferiore a 3.
3.5	Stop fluidi per via endovenosa Se i pazienti tollerano un'adeguata assunzione di liquidi per via orale interrompere la fluidoterapia endovenosa.
3.6	Rimozione catetere vescicale Valutare la rimozione del catetere urinario, se presente.
3.7	Rimozione dei drenaggi addominali Se è stato posizionato un drenaggio addominale, valutarne la rimozione.
3.8	Profilassi tromboembolica
4	2^a Giornata Postoperatoria (e successive) (Reparto) Chirurgo, Infermiera
4.1	Alimentazione precoce Somministrare ai pazienti una dieta completa ipocalorica liquida o una nutrizione completa iperproteica ipocalorica.
4.2	Rimozione dei drenaggi addominali Valuta la rimozione dei drenaggi, se sono stati posizionati.
4.3	Valuta la dimissione Considera la dimissione se non ci sono complicanze (salvo che possano essere gestite ambulatorialmente), in assenza di febbre, tachicardia o tachipnea, se dolore ben controllato con analgesia orale, il paziente deambula pienamente e tollera una dieta orale e se il paziente è d'accordo.
5	Dimissione Chirurgo, Infermiera
5.1	Dieta Dieta ipocalorica frullata o nutrizione orale iperproteica ipocalorica completa per le prime 1-2 settimane. Dopo 2 settimane dieta sminuzzata. Dieta solida dopo 1-2 mesi dall'intervento.
5.2	Medicazione delle ferite Medicazione quotidiana delle ferite e rimozione di punti e/o graffette cutanee secondo protocollo.



PROTOCOLLO EUPEMEN

CHIRURGIA BARIATRICA

5.3	Exercicio Programma di esercizi che combini aerobica e allenamento della forza. Iniziare un mese dopo l'intervento a intensità moderata, progredendo a intensità più elevate
5.4	Profilassi tromboembolica Tromboprofilassi raccomandata per le prime 3-4 settimane dopo l'intervento
5.5	Continuità delle cure Tromboprofilassi raccomandata per le prime 3-4 settimane dopo l'intervento