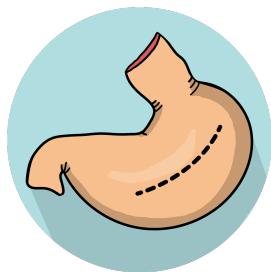


PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE GASTRICA

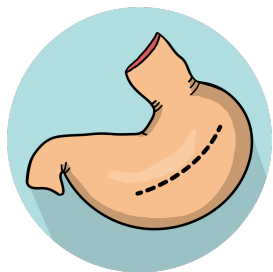
Prima del ricovero	
1	Anestesista, Chirurgo, Infermiere, Dietista
1.1	Colloquio preoperatorio Il paziente deve essere pienamente informato sulla procedura e sul decorso perioperatorio sia verbalmente che per iscritto. Dovrebbe essere firmato il consenso informato.
1.2	Valutazione clinica completa Ciò 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	Controllo delle malattie croniche Tutte le malattie croniche dovrebbero essere ottimizzate prima dell'intervento chirurgico. La spirometria preoperatoria deve 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.
1.4	Valutazione e trattamento marziale in caso di carenza di ferro e anemia L'anemia da carenza di ferro dovrebbe essere trattata, idealmente, con la somministrazione di ferro per via parenterale.
1.5	Valutazione del Diabete Mellito Dovrebbero essere studiati i livelli di glucosio nel sangue e di HbA1c. Tutti i casi di diabete scarsamente controllato o non precedentemente, diagnosticato, dovrebbero essere indirizzati alle cure primarie o dall'endocrinologo prima dell'intervento chirurgico.
1.6	Ottimizzazione nutrizionale Valutare lo stato nutrizionale con il test del <i>Malnutrition University Screening Tool</i> (MUST). Correggere le carenze nutrizionali preoperatorie tra cui calcio, ferro, vitamina D e vitamina B12. Per i pazienti afagici valutare le potenziali vie di somministrazione della nutrizione artificiale. Per la disfagia ai solidi somministrare diete liquide con integratori proteici ipercalorici.
1.7	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.
1.8	Esercizio fisico Programmare esercizi di potenziamento cardiovascolare, respiratorio e muscolare adeguati allo stato fisico del paziente.
1.9	Valutazione psicologica Qualsiasi problema psicologico il paziente possa avere dovrebbe essere affrontato in maniera completa.
1.10	Apfel score Il rischio di nausea e vomito intraoperatori dovrebbe essere valutato con il punteggio di Apfel.
1.11	Rischio anestesilogico ASA Nell'ambito della valutazione anestesilogica preoperatoria deve essere calcolato il punteggio ASA.



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE GASTRICA

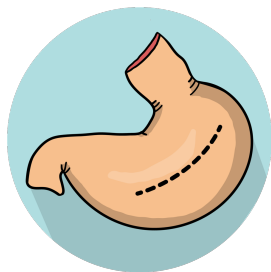
2	Perioperatorio
2.1	Preoperatorio Immediato (Programma il ricovero lo stesso dell'intervento chirurgico se possibile) Anestesista, Chirurgo, Infermiera
2.1.1	Digiuno preoperatorio Ai pazienti NON dovrebbe essere consentito mangiare cibi solidi 8 ore prima dell'intervento e bere liquidi 2 ore prima dell'intervento.
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 o compressione pneumatica intermittente 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.
2.2	Intraoperatorio Anestesista, Chirurgo, Infermiera
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 FiO2, la profondità dell'anestesia, il blocco neuromuscolare e la glicemia. Si raccomanda anche il monitoraggio emodinamico non invasivo.
2.2.3	Evitare cateterismo arterioso



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE GASTRICA

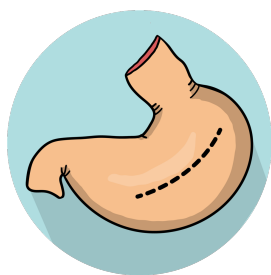
	Il catetere arterioso invasivo NON è richiesto di routine. Anche se dovrebbe essere usato per pazienti con gravi disturbi cardio-respiratori.
2.2.4	Evitare cateterismo venoso centrale I cateteri venosi centrali NON sono necessari di routine per resezioni minori e in assenza di fattori di rischio per 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.
2.2.13	Evitare il sondino naso-gastrico I sondini nasogastrici sono consigliati solo intraoperatoriamente per svuotare lo stomaco.
2.2.14	Evitare drenaggi addominali
2.3	Immediato postoperatorio Anestesista, Infermiera
2.3.1	Mantenimento della normotermia La temperatura dovrebbe essere misurata regolarmente e mantenuta.
2.3.2	Analgesia a risparmio di oppioidi



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE GASTRICA

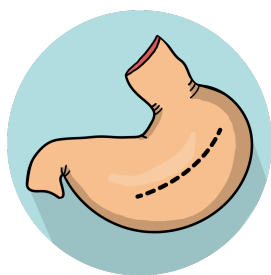
	Dovrebbe essere utilizzata un'analgesia multimodale attiva o preventiva. Limitare l'uso di oppioidi. Puntare a un punteggio VAS inferiore a 3.
2.3.3	Ripresa precoce dell'alimentazione Inizio dell'assunzione di liquidi per via orale a partire da 6 ore dopo l'intervento chirurgico.
2.3.4	Mobilizzazione precoce La mobilizzazione dovrebbe iniziare 3 ore dopo l'intervento 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.
3	1^a Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
3.1	Alimentazione precoce Dovrebbe essere iniziata una dieta liquida, come tollerata dal paziente.
3.2	Mobilizzazione precoce I pazienti devono essere incoraggiati a camminare.
3.3	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.
3.4	Stop fluidi per via endovenosa Se i pazienti tollerano un'adeguata assunzione di liquidi per via orale interrompere la fluidoterapia endovenosa.
3.5	Rimozione catetere vescicale Valutare la rimozione del catetere urinario, se presente.
3.6	Rimozione dei drenaggi addominali Valuta la rimozione dei drenaggi, se sono stati posizionati.
3.7	Profilassi tromboembolica
3.8	Fisioterapia respiratoria
4	2^a Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
4.1	Alimentazione precoce Somministrare ai pazienti diete semi-solide (puree, yogurt, ecc.).



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE GASTRICA

4.2	Mobilizzazione precoce I pazienti devono essere incoraggiati a camminare.
4.3	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.
4.4	Rimozione catetere epidurale Per prima cosa controllare i parametri di coagulazione e assicurarsi che l'intero catetere sia rimosso.
4.5	Fisioterapia respiratoria e funzionale
4.6	Profilassi tromboembolica
5	3^a Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
5.1	Alimentazione precoce Dieta morbida.
5.2	Mobilizzazione precoce I pazienti devono essere incoraggiati a camminare.
5.3	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.
5.4	Fisioterapia respiratoria e funzionale
5.5	Profilassi tromboembolica
5.6	Esami di laboratorio Questi dovrebbero includere la proteina C-reattiva, la procalcitonina e l'emocromo completo.
5.7	Dimissione Considerare la dimissione se: assenza di complicanze chirurgiche, assenza di febbre, dolore controllato con analgesia orale, piena deambulazione, tolleranza all'assunzione di cibo per via orale e se il paziente è d'accordo.
6	4^a Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
6.1	Alimentazione precoce Dieta leggera.



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE GASTRICA

6.2	Mobilizzazione precoce I pazienti devono essere incoraggiati a camminare.
6.3	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.
6.4	Fisioterapia respiratoria e funzionale
6.5	Profilassi tromboembolica
6.6	Esami di laboratorio Questi dovrebbero includere la proteina C-reattiva, la procalcitonina e l'emocromo completo.
6.7	Dimissione Considerare la dimissione se: assenza di complicanze chirurgiche, assenza di febbre, dolore controllato con analgesia orale, piena deambulazione, tolleranza all'assunzione di cibo per via orale e se il paziente è d'accordo.
7	Dimissione Chirurgo, Infermiera, Psicologo, Cure Primarie
7.1	Documentazione clinica del paziente (lettera di dimissione) Fornire ai pazienti informazioni sullo stato di salute e fornire raccomandazioni per ulteriori cure.
7.2	Controllo post-dimissione Controllo telefonico dopo la dimissione. Coordinamento del supporto domiciliare con le cure primarie.
7.3	Stato nutrizionale Valutare l'apporto calorico, proteico, minerale e vitaminico in base alle esigenze del paziente.
7.4	Consulenza psicologica Indirizzare i pazienti a specialisti in psicologia, se necessario. Valutare la qualità di vita postoperatoria.