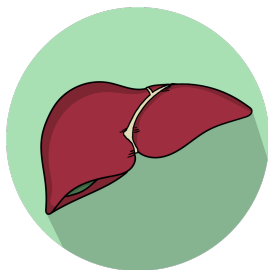


PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE EPATICA

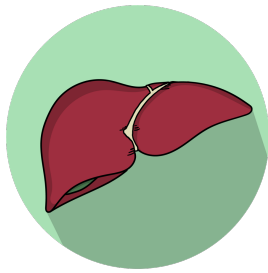
1	Prima del ricovero Anestesista, Chirurgo, Infermiera, Dietista
1.1	Colloquio preoperatorio Il paziente deve essere pienamente informato sulla procedura e sul decorso perioperatorio sia verbalmente che per iscritto. Dovrebbe essere firmato il consenso informato.
1.2	Valutazione clinica completa Ciò 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	Controllo delle malattie croniche Tutte le malattie croniche dovrebbero essere ottimizzate prima dell'intervento chirurgico. Tutti i casi di malattie cardiovascolari di recente insorgenza o attive devono essere valutati da un cardiologo.
1.4	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.
1.5	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.
1.6	Screening nutrizionale Lo screening nutrizionale dovrebbe essere effettuato utilizzando il <i>Malnutrition University Screening Tool (MUST)</i> .
1.7	Smettere di fumare e ridurre il consumo di bevande alcoliche
1.8	Esercizio cardiovascolare Programmare esercizi di potenziamento cardiovascolare e respiratorio 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	Valutazione della fragilità Per i pazienti di età superiore ai 65 anni dovrebbe essere eseguita una valutazione della fragilità.
1.11	Apfel score Il rischio di nausea e vomito intraoperatori dovrebbe essere valutato con il punteggio di Apfel.



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE EPATICA

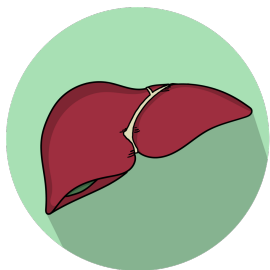
1.12	Rischio anestesiológico ASA Nell'ambito della valutazione anestesiológica preoperatoria deve essere calcolato il punteggio ASA.
2	Perioperatorio
2.1	Preoperatorio Immediato Anestesista, Chirurgo, Infermiera
2.1.1	Igiene preoperatoria Il paziente viene istruito a fare una doccia o un bagno completo la sera o la mattina prima dell'intervento.
2.1.2	Calze elastiche o compressione pneumatica intermittente Calze elastiche o compressione pneumatica intermittente dovrebbero essere indossate dal momento del ricovero in ospedale.
2.1.3	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).
2.1.4	Bevanda con carboidrati Una bevanda ricca di carboidrati (maltodestrine al 12,5%) 800 ml dovrebbe essere assunta la sera prima dell'intervento chirurgico e 400 ml 2 ore prima dell'anestesia. Per i pazienti diabetici somministrare in concomitanza la terapia per il diabete.
2.1.5	Digiuno preoperatorio Digiuno di 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi chiari.
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 30-60 minuti prima dell'incisione chirurgica. Negli interventi prolungati ripetere la dose secondo l'emivita dei farmaci.
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.



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE EPATICA

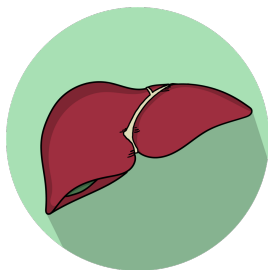
2.2.2	Monitoraggio intraoperatorio di routine Durante la procedura si dovrebbero monitorare le funzioni vitali, la FiO ₂ , la profondità dell'anestesia, il blocco neuromuscolare e la glicemia. È raccomandato anche il monitoraggio emodinamico non invasivo.
2.2.3	Chirurgia mininvasiva Gli approcci mininvasivi sono preferiti e dovrebbero essere utilizzati il più possibile.
2.2.4	Evitare la cateterizzazione urinaria routinaria
2.2.5	Monitoraggio invasivo Di routine NON è richiesto un catetere arterioso invasivo, anche se dovrebbe essere usato per pazienti con gravi disturbi cardio-respiratori.
2.2.6	Catetere 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.
2.2.7	Induzione e mantenimento dell'anestesia Anestetici a breve durata d'azione dovrebbero essere usati per l'induzione e il mantenimento dell'anestesia.
2.2.8	Ossigenazione I pazienti devono ricevere ossigeno con una FiO ₂ superiore al 50%.
2.2.9	Fluidoterapia Durante la fase della resezione è raccomandato il mantenimento della pressione venosa centrale al di sotto di 5 cmH ₂ O. Altrimenti, l'ottimizzazione emodinamica con fluidoterapia guidata dall'obiettivo (<i>goal-directed</i>) utilizzando dispositivi validati è raccomandata. Se questi non sono disponibili, si raccomanda la fluidoterapia restrittiva in base al peso ideale in perfusione continua, soluzione bilanciata (1-3 ml/kg/h per laparoscopia; 3-5 ml/kg/h per laparotomia). La perdita di sangue dovrebbe essere compensata con colloidi 1:1.
2.2.10	Evitare il sondino naso-gastrico Il sondino naso-gastrico NON dovrebbe essere utilizzato di routine.
2.2.11	Prevenzione dell'ipotermia La temperatura dovrebbe essere monitorata e la normotermia dovrebbe essere mantenuta mediante riscaldamento attivo (liquidi riscaldati, coperta riscaldata).
2.2.12	Prevenzione della nausea e vomito post-operatori (PONV) Somministrare una terapia antiemetica secondo il punteggio di Apfel.
2.2.13	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



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE EPATICA

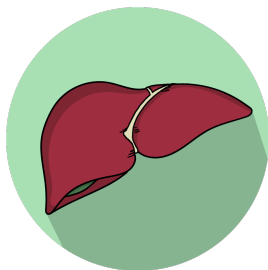
	alternativi all'analgesia epidurale.
2.2.14	Coadiuvanti analgesici per via endovenosa Gli analgesici adiuvanti consigliati sono i farmaci antinfiammatori non steroidei, la lidocaina, la ketamina, il solfato di magnesio e la dexmedetomidina.
2.2.15	Controllo glicemico perioperatorio Nei pazienti a rischio di sviluppare insulino-resistenza, evitare livelli di glucosio nel sangue superiori a 180 mg/dl.
2.2.16	Disinfezione cutanea La cute deve essere disinfettata partendo dalla parte centrale verso la periferia con clorexidina in una soluzione alcolica all'1%.
2.2.17	Evitare drenaggi addominali I drenaggi addominali dovrebbero essere evitati il più possibile.
2.3	Postoperatorio Immediato (Terapia intensiva / Unità di Terapia Semintensiva in casi selezionati) 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	Restrizione dei fluidi per via endovenosa
2.3.4	Ripresa precoce dell'alimentazione orale Inizio dell'assunzione di liquidi per via orale a partire da 3 ore dopo l'intervento chirurgico.
2.3.5	Fisioterapia respiratoria
2.3.6	Mobilizzazione precoce La mobilizzazione dovrebbe iniziare 3 ore dopo l'intervento chirurgico sedendosi nel letto.
2.3.7	Profilassi tromboembolica L'Eparina a Basso Peso Molecolare dovrebbe essere somministrata 12 ore dopo l'intervento chirurgico.
2.3.8	Terapia della nausea e vomito postoperatori
2.3.9	Mantenimento di FiO2 0,5% per 2 ore dopo l'intervento chirurgico



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE EPATICA

3	1 ^a Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
3.1	Integrazione nutrizionale ricca di proteine Integratori nutrizionali ricchi di proteine dovrebbero essere somministrati a pazienti con assunzione orale <60% del fabbisogno energetico o malnutrizione preoperatoria.
3.2	Alimentazione precoce Una dieta semi-solida o normale dovrebbe essere iniziata.
3.3	Mobilizzazione precoce I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a spostarsi dal letto alla poltrona vicino al letto.
3.4	Rimozione dei drenaggi addominali Valutare la rimozione del drenaggio addominale, se presente.
3.5	Analgesia a risparmio di oppioidi Garantire un buon controllo del dolore. Puntare a un punteggio VAS inferiore a 3.
3.6	Sospendere infusioni per via endovenosa Sospendere i liquidi per via endovenosa se il paziente tollera i liquidi per via orale.
3.7	Rimuovere il catetere vescicale Se è stato posizionato un catetere vescicale, valutare se può essere rimosso.
3.8	Fisioterapia respiratoria
3.9	Prevenzione della nausea e vomito post-operatori (PONV)
3.10	Profilassi anti-ulcera
3.11	Profilassi tromboembolica
3.12	Valutare la dimissione ospedaliera Per i pazienti sottoposti a procedure laparoscopiche valutare i criteri di dimissione.
4	2 ^a Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
4.1	Alimentazione precoce. Dovrebbe essere somministrata una dieta normale.



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE EPATICA

4.2	Mobilizzazione precoce I pazienti dovrebbero essere in grado di camminare per brevi distanze.
4.3	Analgesia a risparmio di oppioidi Garantire un buon controllo del dolore. Puntare a un punteggio VAS inferiore a 3.
4.4	Profilassi tromboembolica
4.5	Esami di laboratorio Esami di laboratorio che includano anche la proteina C-reattiva e procalcitonina dovrebbero essere eseguiti.
4.6	Valutare i criteri di dimissibilità Considerare la dimissione se NON ci sono complicazioni chirurgiche che non possano essere gestite in regime ambulatoriale, assenza di febbre, dolore controllato con analgesia orale, piena deambulazione, tolleranza all'assunzione orale di cibo e accettazione da parte del paziente.
5	Alla dimissione Chirurgo, Infermiera, Cure Primarie
5.1	Lettera di dimissione Al momento della dimissione, i pazienti devono ricevere informazioni personalizzate, comprensibili e complete sulla degenza ospedaliera e raccomandazioni per l'assistenza domiciliare.
5.2	Follow-up I pazienti devono essere seguiti nella prima settimana dopo la dimissione in regime ambulatoriale o telefonicamente. Ulteriori visite di controllo dovrebbero essere programmate per 1, 3 e 6 mesi dopo la dimissione. Dovrebbe essere organizzata una visita dal medico di base e, se necessario, dovrebbe essere coordinato il supporto domiciliare.