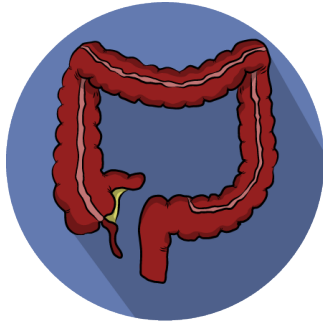


PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

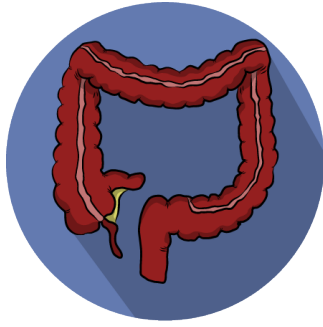
1	Prima del ricovero Anestesista, Chirurgo, Infermiera, Dietista, Stoma terapeuta
1.1	Colloquio preoperatorio Il paziente deve essere pienamente informato sulla procedura e sul decorso perioperatorio sia verbalmente che per iscritto. Dovrebbe essere firmato il consenso informato.
1.2	Valutazione clinica 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	Valutazione della fragilità Per i pazienti di età superiore ai 65 anni dovrebbe essere eseguita una valutazione della fragilità.
1.4	Valutazione del rischio anestesilogico ASA
1.5	Apfel score Il rischio di nausea e vomito intraoperatori dovrebbe essere valutato con il punteggio di Apfel.
1.6	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.
1.7	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.
1.8	Valutazione e trattamento dell'anemia e carenza di ferro L'anemia da carenza di ferro dovrebbe essere idealmente trattata con la somministrazione di ferro per via parenterale.
1.9	Screening nutrizionale Lo screening nutrizionale dovrebbe essere effettuato utilizzando il <i>Malnutrition University Screening Tool</i> (MUST). I pazienti a rischio di malnutrizione dovrebbero assumere integratori alimentari orali, preferibilmente immunonutrizione, per un periodo di 7 giorni prima e 5 giorni dopo l'intervento chirurgico.
1.10	Smettere di fumare e ridurre il consumo di alcol almeno un mese prima dell'intervento



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

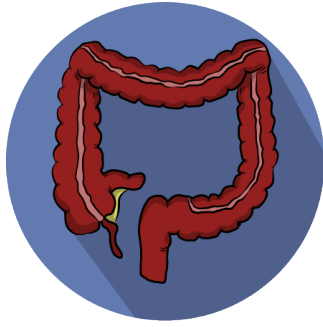
1.11	Preabilitazione multimodale che includa esercizi aerobici e di resistenza
1.12	Dieta a basso contenuto di fibre almeno 5 giorni prima dell'intervento chirurgico
1.13	Nessuna preparazione intestinale meccanica preoperatoria, esclusa la preparazione alla colonscopia
1.14	Clisteri Due clisteri rettali il pomeriggio prima dell'intervento chirurgico (procedure sul colon sinistro)
2	Perioperatorio
2.1	Preoperatorio Immediato (Programma il ricovero lo stesso dell'intervento chirurgico se possibile) Anestesista, Chirurgo, Infermiera, Dietista, Stomaterapista
2.1.1	Igiene preoperatoria Al paziente viene istruito per fare una doccia completa o un bagno 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	Marcatura del sito per la stomia (se prevista)
2.1.8	Profilassi antibiotica



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

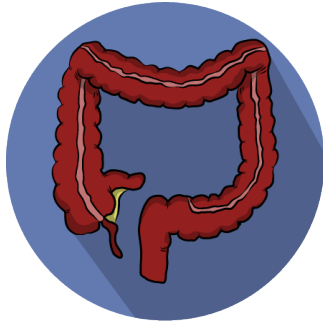
	La profilassi antibiotica dovrebbe essere somministrata 30-60 minuti prima dell'incisione chirurgica. Negli interventi prolungati ripetere la dose secondo l'emivita dei farmaci.
2.2	Intraoperatorio Anestesista, Chirurgo, Infermiera
2.2.1	WHO Surgical Safety Checklist La checklist dell'OMS per la sicurezza in chirurgia dovrebbe essere completata prima di eseguire l'incisione.
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.
2.2.3	Chirurgia mininvasiva Gli approcci mininvasivi sono preferiti e dovrebbero essere utilizzati il più possibile. Si raccomandano livelli di pressione intraddominale compresi tra 8 e 12 mmHg.
2.2.4	Evitare la cateterizzazione urinaria routinaria
2.2.5	Monitoraggio invasivo Il catetere arterioso invasivo NON è richiesto di routine.
2.2.6	Catetere venoso centrale Il catetere venoso centrale NON è richiesto di routine.
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 L'ottimizzazione emodinamica con fluidoterapia guidata dall'obiettivo (<i>goal-directed</i>) utilizzando dispositivi validati è raccomandata nei pazienti ad alto rischio e nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico con grandi perdite ematiche. In tutti gli altri casi 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



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

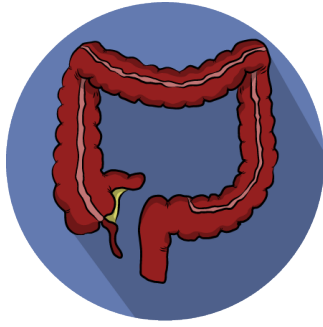
	La temperatura dovrebbe essere monitorata e la normotermia dovrebbe essere mantenuta mediante riscaldamento attivo (liquidi riscaldati, coperta riscaldata).
2.2.12	Prevenzione della nausea e vomito post-operatori (PONV) Somministrare una terapia antiemetica secondo il punteggio di Apfel.
2.2.13	Analgesia 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, infiltrazione delle incisioni dei trocar o altri metodi alternativi all'analgesia epidurale.
2.2.14	Coadiuvanti analgesici per via endovenosa Gli analgesici adjuvanti consigliati sono i farmaci antinfiammatori non steroidei, la lidocaina, la ketamina, il solfato di magnesio e la dexmedetomidina.
2.2.15	Controllo glicemico perioperatorio Per i pazienti diabetici utilizzare il protocollo ospedaliero locale per i diabetici sottoposti a intervento chirurgico. 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) 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 6 ore dopo l'intervento chirurgico.
2.3.5	Fisioterapia respiratoria



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

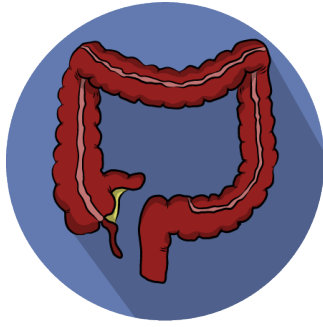
2.3.6	<p>Mobilizzazione precoce La mobilizzazione dovrebbe iniziare 3 ore dopo l'intervento chirurgico sedendosi nel letto e dovrebbe deambulare 8 ore dopo l'intervento chirurgico, rispettando alle ore del sonno notturno.</p>
2.3.7	<p>Profilassi tromboembolica L'Eparina a Basso Peso Molecolare dovrebbe essere somministrata 12 ore dopo l'intervento chirurgico.</p>
2.3.8	<p>Profilassi della nausea e vomito postoperatori Somministrare una terapia antiemetica secondo il punteggio di Apfel.</p>
2.3.9	<p>Mantenimento di FiO2 0,5% per 2 ore dopo l'intervento chirurgico</p>
2.3.10	<p>Controllo glicemico perioperatorio Per i pazienti diabetici utilizzare il protocollo ospedaliero locale per i diabetici sottoposti a intervento chirurgico. Nei pazienti a rischio di sviluppare insulino-resistenza, evitare livelli di glucosio nel sangue superiori a 180 mg/dl.</p>
3	<p>1^a Giornata Postoperatoria (Reparto)</p> <p>Chirurgo, Infermiera, Stomaterapista</p>
3.1	<p>Alimentazione precoce Una dieta liquida o semi-solida dovrebbe essere iniziata come tollerata.</p>
3.2	<p>Evitare le infusioni endovenose Se i pazienti tollerano liquidi per via orale, sospendere l'infusione endovenosa di fluidi.</p>
3.3	<p>Mobilizzazione precoce I pazienti dovrebbero essere incoraggiati a spostarsi dal letto alla poltrona vicino al letto.</p>
3.4	<p>Analgesia a risparmio di oppioidi Garantire un buon controllo del dolore. Puntare a un punteggio VAS inferiore a 3.</p>
3.5	<p>Rimuovere il catetere vescicale Se è stato posizionato un catetere vescicale, valutare se può essere rimosso.</p>
3.6	<p>Rimozione dei drenaggi addominali Valutare la rimozione dei drenaggi, se presenti</p>
3.7	<p>Fisioterapia respiratoria</p>
3.8	<p>Profilassi tromboembolica</p>



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

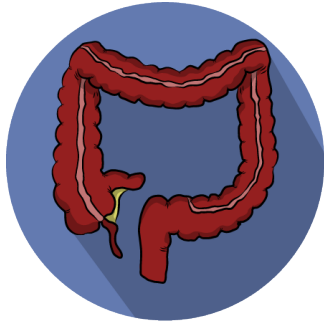
	La profilassi tromboembolica consistente in calze elastiche o compressione intermittente ed eparina a basso peso molecolare dovrebbe essere somministrata secondo la politica ospedaliera locale.
3.9	Prevenzione della nausea e vomito post-operatori (PONV) Somministrare una terapia antiemetica secondo il punteggio di Apfel.
3.10	Profilassi antiulcera
3.11	Controllo glicemico perioperatorio Per i pazienti diabetici utilizzare il protocollo ospedaliero locale per i diabetici sottoposti a intervento chirurgico. Nei pazienti a rischio di sviluppare insulino-resistenza, evitare livelli di glucosio nel sangue superiori a 180 mg/dl.
3.12	Educazione alla cura della stomia (se presente)
3.13	Esami di laboratorio Esami di laboratorio che includano anche la proteina-C reattiva.
4	2ª Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera, Stomaterapista
4.1	Alimentazione precoce. Dovrebbe essere somministrata una dieta semi-solida o solida.
4.2	Evitare le infusioni endovenose Sospendere i liquidi endovenosi se non è stato fatto in precedenza.
4.3	Mobilizzazione precoce I pazienti dovrebbero essere in grado di camminare per brevi distanze.
4.4	Analgesia a risparmio di oppioidi Garantire un buon controllo del dolore. Puntare a un punteggio VAS inferiore a 3. Valutare l'analgesia orale.
4.5	Rimuovere il catetere urinario (se non già fatto in precedenza)
4.6	Fisioterapia respiratoria
4.7	Profilassi tromboembolica
4.8	Prevenzione di nausea e vomito post-operatori (PONV)
4.9	Profilassi anti-ulcera



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

4.10	Controllo glicemico perioperatorio
4.11	Continuare con l'educazione della stomia (se presente)
4.12	Esami di laboratorio Esami di laboratorio che includano anche la proteina-C reattiva.
5	3^a Giornata Postoperatoria (Reparto) Chirurgo, Infermiera
5.1	Alimentazione precoce. Dovrebbe essere fornita una dieta solida.
5.2	Mobilizzazione precoce I pazienti devono essere completamente autonomi nella deambulazione.
5.3	Analgesia orale
5.4	Rimozione degli accessi venosi
5.5	Fisioterapia respiratoria
5.6	Profilassi tromboembolica
5.7	Controllo glicemico peri-operatorio
5.8	Esami di laboratorio Esami di laboratorio che includano anche la proteina-C reattiva.
5.9	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.
6	Alla dimissione Chirurgo, Infermiera, Cure Primarie
6.1	Lettera di dimissione Alla dimissione, i pazienti dovrebbero ricevere informazioni personalizzate, comprensibili e complete sulla degenza ospedaliera e raccomandazioni per l'assistenza domiciliare.



PROTOCOLLO EUPEMEN

RESEZIONE COLICA

6.2	Profilassi tromboembolica La profilassi tromboembolica deve continuare fino a 28 giorni dopo l'intervento chirurgico.
6.3	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.