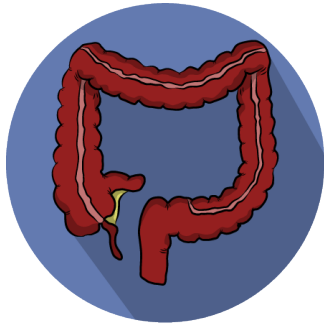


ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

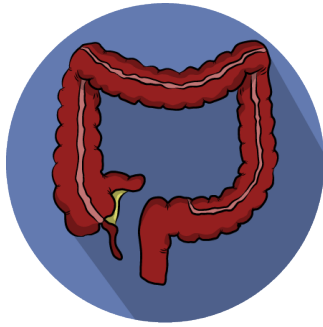
1	Πριν την εισαγωγή Αναισθησιολόγος, Χειρουργός, Νοσηλεύτης, Διαιτολόγος, Ειδικός Στομιών
1.1	Προεγχειρητική συμβουλευτική Ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για τη διαδικασία και την περιεγχειρητική πορεία τόσο προφορικά όσο και γραπτά. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπογεγραμμένη ενημερωμένη συγκατάθεση.
1.2	Ολοκληρωμένη ιατρική αξιολόγηση Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει ιατρικό ιστορικό, φυσική εξέταση, ακτινογραφία θώρακα, εξετάσεις αίματος (έλεγχος πήξης, βιοχημικό προφίλ συμπεριλαμβανομένης της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και γενική αίματος) και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
1.3	Αξιολόγηση ευπάθειας Για ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση ευπάθειας
1.4	Αξιολόγηση κατάταξης στην κλίμακα ASA (American Society of Anesthesiologists)
1.5	Κλίμακα Apfel Ο κίνδυνος για μετεγχειρητική ναυτία και έμετο θα πρέπει να αξιολογείται με την κλίμακα Apfel.
1.6	Ρύθμιση χρόνιων παθήσεων Όλες οι χρόνιες παθήσεις θα πρέπει να βελτιστοποιούνται πριν από την επέμβαση. Όλες οι περιπτώσεις πρόσφατης έναρξης ή ενεργού καρδιαγγειακού νοσήματος θα πρέπει να αξιολογούνται από καρδιολόγο.
1.7	Αξιολόγηση Σακχαρώδη Διαβήτη Τα επίπεδα γλυκόζης αίματος και γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) θα πρέπει να εκτιμηθούν. Όλες οι περιπτώσεις φτωχά ελεγχόμενου ή προηγούμενως αδιάγνωστου διαβήτη θα πρέπει να παραπέμπονται στην πρωτοβάθμια φρόντιδα ή σε ενδοκρινολογο / διαβητολόγο πριν από τη χειρουργική επέμβαση.
1.8	Αξιολόγηση και διαχείριση της αναιμίας και της ανεπάρκειας σιδήρου Η σιδηροπενική αναιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ιδανικά με παρεντερική χορήγηση σιδήρου.
1.9	Διατροφικός έλεγχος



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

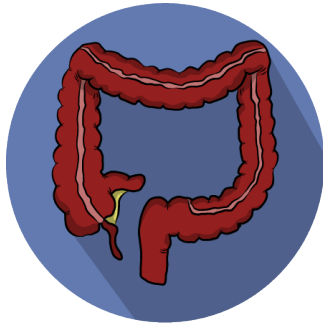
	<p>Ο διατροφικός έλεγχος θα πρέπει να γίνεται χρησιμοποιώντας το Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Οι ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο υποσιτισμού θα πρέπει να λαμβάνουν από του στόματος συμπληρώματα διατροφής, κατά προτίμηση ανοσοδιατροφή για μια περίοδο 7 ημερών πριν και 5 ημέρες μετά την επέμβαση.</p>
1.10	Διακόψτε το κάπνισμα και μειώστε την κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον ένα μήνα πριν την επέμβαση
1.11	Πολυπαραγοντική προαποκατάσταση συμπεριλαμβανομένων αερόβιων ασκήσεων και ασκήσεων αντίστασης
1.12	Δίαιτα χαμηλού υπολειμμάτος τουλάχιστον 5 ημέρες πριν την επέμβαση
1.13	Χωρίς μηχανική προετοιμασία του εντέρου εκτός από την περιπτώση περιεγχειρητικής κολονοσκόπησης
1.14	Κλύσματα Καθαρισμού Δύο κλύσματα καθαρισμού το απόγευμα πριν την επέμβαση (επεμβάσεις αριστερού κόλου)
2	Περιεγχειρητικά
2.1	Άμεσα Προεγχειρητικά (Προγραμματίστε την εισαγωγή την ίδια ημέρα της επέμβασης, εάν είναι δυνατόν) Αναισθησιολόγος, Χειρουργός, Νοσηλεύτης, Διαιτολόγος, Ειδικός Στομιών
2.1.1	Προεγχειρητική υγιεινή Ο ασθενής λαμβάνει οδηγίες να κάνει πλήρες ντους ή μπάνιο το βράδυ ή το πρωί πριν από την επέμβαση.
2.1.2	Κάλτσες συμπίεσης ή διαλείπουσα πνευματική συμπίεση. Οι κάλτσες συμπίεσης ή η διαλείπουσα πνευματική συμπίεση πρέπει να τοποθετούνται από την εισαγωγή στο νοσοκομείο.
2.1.3	Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους Η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους πρέπει να χορηγείται 2-12 ώρες πριν από την επέμβαση (ανάλογα με το εάν πρόκειται να γίνει νευραξονική αναισθησία ή όχι).
2.1.4	Πόσιμο διάλυμα υδατανθράκων Ένα ρόφημα πλούσιο σε υδατάνθρακες (12,5% μαλτοδεξτρίνες) 800 ml πρέπει να χορηγείται το βράδυ πριν από την επέμβαση και 400 ml



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

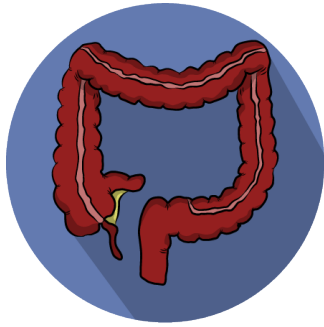
	2 ώρες πριν από την αναισθησία. Για διαβητικούς ασθενείς χορηγήστε το μαζί με αντιδιαβητική αγωγή.
2.1.5	Προεγχειρητική νηστεία Νηστεία 6 ωρών για τα στερεά και 2 ωρών για τα διαυγή υγρά.
2.1.6	Ξύρισμα με ηλεκτρικό ξυράφι Το σημείο όπου θα γίνει η τομή θα πρέπει να ξυριστεί με ηλεκτρική ξυριστική μηχανή, εάν είναι απαραίτητο.
2.1.7	Σήμανση στομίας (αν αναμένεται)
2.1.8	Αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικού 30-60 λεπτά πριν την τομή. Σε παρατεταμένες διαδικασίες επαναλάβετε τις δόσεις ανάλογα με τον χρόνο ημιζωής των φαρμάκων.
2.2	Διεγχειρητικά Αναισθησιολόγος, Χειρουργός, Νοσηλεύτης
2.2.1	Λίστα ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του ΠΟΥ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) Η λίστα ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του ΠΟΥ θα πρέπει να συμπληρωθεί πριν γίνει η τομή.
2.2.2	Συστηματική διεγχειρητική παρακολούθηση Οι ζωτικές λειτουργίες, το FiO ₂ , το βάθος της αναισθησίας, ο νευρομυϊκός αποκλεισμός και η γλυκαιμία θα πρέπει να παρακολουθούνται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.
2.2.3	Ελάχιστη επεμβατική χειρουργική Προτιμώνται οι ελάχιστη επεμβατικές προσεγγίσεις και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερο. Συνιστώνται επίπεδα ενδοκοιλιακής πίεσης 8-12 mmHg.
2.2.4	Αποφύγετε τον συστηματικό καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης
2.2.5	Επεμβατική παρακολούθηση Δεν απαιτείται συνήθως τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής.
2.2.6	Κεντρικός φλεβικός καθετήρας Ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας δεν απαιτείται συνήθως.
2.2.7	Εισαγωγή και διατήρηση της αναισθησίας Παράγοντες βραχείας δράσης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την εισαγωγή και τη διατήρηση της αναισθησίας.



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

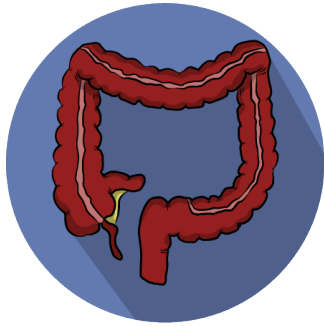
2.2.8	Οξυγόνωση Οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν οξυγόνο με FiO2 άνω του 50%.
2.2.9	Χορήγηση Υγρών Η Αιμοδυναμική βελτιστοποίηση με στοχοκατευθυνόμενη χορήγηση υγρών με τη χρήση συσκευών παρακολούθησης του αιμοδυναμικού προφίλ του ασθενούς, συνιστάται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση με μεγάλη απώλεια αίματος. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, συνιστάται περιοριστική χορήγηση υγρών με βάση το ιδανικό βάρος με συνεχή χορήγηση ισορροπημένου κρυσταλλοειδούς διαλύματος (1-3 ml/kg/h για λαπαροσκόπηση, 3-5 ml/kg/h για λαπαροτομία). Η απώλεια αίματος θα πρέπει να αντισταθμίζεται με κολλοειδή 1:1.
2.2.10	Αποφύγετε το ρινογαστρικό σωλήνα Οι ρινογαστρικοί σωλήνες δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται τακτικά.
2.2.11	Πρόληψη της υποθερμίας Η θερμοκρασία θα πρέπει να παρακολουθείται και η νορμοθερμία πρέπει να διατηρείται με ενεργητική θέρμανση (θερμά υγρά, θερμαινόμενη κουβέρτα).
2.2.12	Προφύλαξη μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου Χορηγήστε αντιεμετική θεραπεία σύμφωνα με την κλίμακα Apfel.
2.2.13	Επισκληρίδιος αναλγησία Η θωρακική επισκληρίδιος αναλγησία πρέπει να χρησιμοποιείται σε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση. Στη λαπαροσκοπική χειρουργική δεν συνιστάται συνήθως. Ασθενείς με αντένδειξη για επισκληρίδιο αναλγησία που έχουν κίνδυνο μετεγχειρητικής νεφρικής ανεπάρκειας ή έχουν διαταραχές πήξης θα μπορούσαν να ωφεληθούν από αμφοτερόπλευρο αποκλεισμό στο επίπεδο του Εγκάρσιου Κοιλιακού Μυός (TAP BLOCK - transabdominal plan blocks), διήθηση των σημείων εισόδου των λαπαροσκοπικών τροκάρ με τοπικό αναισθητικό ή άλλες εναλλακτικές λύσεις αντί της επισκληρίδιος αναλγησίας.
2.2.14	Ενδοφλέβια επικουρικά αναλγητικά φάρμακα Συνιστώμενα επικουρικά αναλγητικά είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, η λιδοκαΐνη, η κεταμίνη, το θειικό μαγνήσιο και η δεξμεντετομιδίνη.
2.2.15	Περιεγχειρητικός γλυκαιμικός έλεγχος Για τους διαβητικούς ασθενείς χρησιμοποιήστε το τοπικό νοσοκομειακό πρωτόκολλο για διαβητικούς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Σε ασθενείς που κινδυνεύουν να αναπτύξουν



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

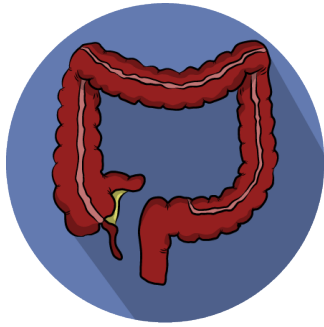
	αντίσταση στην ινσουλίνη, αποφύγετε επίπεδα γλυκόζης στο αίμα υψηλότερα από 180 mg/dL.
2.2.16	Απολύμανση δέρματος Το δέρμα πρέπει να απολυμαίνεται από το κεντρο προς την περιφέρεια με αλκοολικό διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%.
2.2.17	Αποφύγετε τις παροχετεύσεις Οι κοιλιακές παροχετεύσεις πρέπει να αποφεύγονται όσο το δυνατόν περισσότερο.
2.3	Άμεσα Μετεγχειρητικά (Μονάδα Αναζωογόνησης / Μονάδα Ενδιάμεσης Φροντίδας) Αναισθησιολόγος, Νοσηλεύτης
2.3.1	Διατήρηση της νορμοθερμίας Η θερμοκρασία πρέπει να μετράται τακτικά και να διατηρείται η νορμοθερμία.
2.3.2	Αναλγησία με περιορισμό των οπιοειδών Θα πρέπει να χρησιμοποιείται ενεργητική ή προληπτική πολυπαραγοντική αναλγησία. Περιορίστε τη χρήση οπιοειδών. Στοχεύστε σε βαθμολογία πόνου στην οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale – VAS) μικρότερη από 3.
2.3.3	Περιοριστική χορήγηση υγρών.
2.3.4	Πρώιμη σίτιση Έναρξη λήψης υγρών από το στόμα 6 ώρες μετά το χειρουργείο.
2.3.5	Αναπνευστική φυσιοθεραπεία
2.3.6	Πρώιμη κινητοποίηση Οι ασθενείς θα πρέπει να κάθονται όρθιοι 3 ώρες μετά την επέμβαση και θα πρέπει να ξεκινούν βάδιση 8 ώρες μετά την επέμβαση λαμβάνοντας υπόψιν πάντα τις ώρες του νυχτερινού ύπνου.
2.3.7	Θρομβοεμβολική προφύλαξη Η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους πρέπει να χορηγείται 12 ώρες μετά την επέμβαση.
2.3.8	Προφύλαξη μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου Χορηγήστε αντιεμετική θεραπεία σύμφωνα με την κλίμακα Apfel.



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

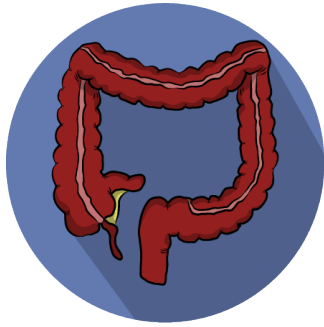
2.3.9	Διατήρηση FiO2 (κλάσμα εισπνεόμενου οξυγόνου) 0,5% για 2 ώρες μετά την επέμβαση
2.3.10	Περιεγχειρητικός γλυκαιμικός έλεγχος Για τους διαβητικούς ασθενείς χρησιμοποιήστε το τοπικό νοσοκομειακό πρωτόκολλο για διαβητικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Σε ασθενείς που κινδυνεύουν να αναπτύξουν αντίσταση στην ινσουλίνη, αποφύγετε επίπεδα γλυκόζης στο αίμα υψηλότερα από 180 mg/dL.
3	1^η μετεγχειρητική ημέρα (Θάλαμος Νοσηλείας) Χειρουργός, Νοσηλεύτης, Ειδικός Στομιών
3.1	Πρώιμη σίτιση Μια υγρή ή ημιστερεή διαίτα πρέπει να ξεκινά ανάλογα με την ανοχή του ασθενούς.
3.2	Αποφύγετε την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών Εάν οι ασθενείς ανέχονται τα υγρά από του στόματος, διακόψτε την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.
3.3	Πρώιμη κινητοποίηση Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να μετακινούνται από το κρεβάτι στην καρέκλα δίπλα στο κρεβάτι.
3.4	Αναλγησία με περιορισμό των οπιοειδών Εξασφαλίστε καλό έλεγχο του πόνου. Στοχεύστε σε βαθμολογία πόνου στην οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale – VAS) μικρότερη από 3.
3.5	Αφαιρέστε τον ουροκαθετήρα Εάν έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας, εξετάστε το ενδεχόμενο αφαίρεσής του
3.6	Αφαίρεση παροχетеύσεων Εξετάστε το ενδεχόμενο αφαίρεσής των παροχетеύσεων, αν υπάρχουν
3.7	Αναπνευστική φυσιοθεραπεία
3.8	Θρομβοεμβολική προφύλαξη Η θρομβοεμβολική προφύλαξη που αποτελείται από κάλτσες συμπίεσης ή διαλείπουσα συμπίεση και ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους θα πρέπει να χορηγείται σύμφωνα με το τοπικό νοσοκομειακό πρωτόκολλο



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

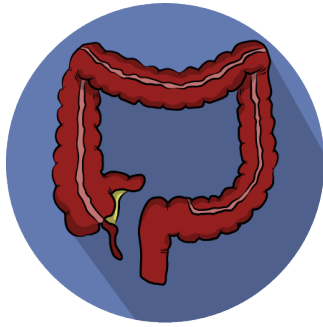
3.9	Προφύλαξη μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου Χορηγήστε αντιεμετική θεραπεία σύμφωνα με την κλίμακα Apfel.
3.10	Προφύλαξη κατά του πεπτικού έλκους
3.11	Περιεγχειρητικός γλυκαιμικός έλεγχος Για τους διαβητικούς ασθενείς χρησιμοποιήστε το τοπικό νοσοκομειακό πρωτόκολλο για διαβητικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Σε ασθενείς που κινδυνεύουν να αναπτύξουν αντίσταση στην ινσουλίνη, αποφύγετε επίπεδα γλυκόζης στο αίμα υψηλότερα από 180 mg/dL.
3.12	Εκπαίδευση φροντίδας στομίας (εάν υπάρχει)
3.13	Εργαστηριακές εξετάσεις Θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις αίματος συμπεριλαμβανομένης της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.
4	2η μετεγχειρητική ημέρα Χειρουργός, Νοσηλεύτης, Ειδικός Στομιών
4.1	Πρώιμη σίτιση Πρέπει να δίνεται ημιστερεή ή στερεή διαίτα.
4.2	Αποφύγετε την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών Διακόψτε την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών εάν δεν έχει γίνει προηγουμένως.
4.3	Πρώιμη κινητοποίηση Οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να περπατούν μικρές αποστάσεις.
4.4	Αναλγησία με περιορισμό των οπιοειδών Εξασφαλίστε καλό έλεγχο του πόνου. Στοχεύστε σε βαθμολογία πόνου στην οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale – VAS) μικρότερη από 3. Εξετάστε το ενδεχόμενο για από του στόματος αναλγησία
4.5	Αφαιρέστε τον καθετήρα ούρων (αν δεν έχει γίνει προηγουμένως)
4.6	Αναπνευστική φυσιοθεραπεία
4.7	Θρομβοεμβολική προφύλαξη



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

4.8	Προφύλαξη μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου
4.9	Προφύλαξη κατά του πεπτικού έλκους
4.10	Περιεγχειρητικός γλυκαιμικός έλεγχος
4.11	Συνέχιση με την προηγούμενη εκπαίδευση φροντίδας στομίας (εάν υπάρχει)
4.12	Εργαστηριακές εξετάσεις Θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις αίματος συμπεριλαμβανομένης της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.
5	3^η Μετεγχειρητική ημέρα Χειρουργός, Νοσηλεύτρια
5.1	Πρώιμη σίτιση Πρέπει να δίνεται στερεή διαίτα.
5.2	Πρώιμη κινητοποίηση Ο ασθενής πρέπει να είναι πλήρως κινητοποιημένος
5.3	Από του στόματος αναλγησία
5.4	Αφαίρεση της φλεβικής γραμμής
5.5	Αναπνευστική φυσιοθεραπεία
5.6	Θρομβοεμβολική προφύλαξη
5.7	Περιεγχειρητικός γλυκαιμικός έλεγχος
5.8	Εργαστηριακές εξετάσεις Θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις αίματος συμπεριλαμβανομένης της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.
5.9	Αξιολογήστε τα κριτήρια εξιτηρίου Εξετάστε το ενδεχόμενο εξιτηρίου εάν δεν υπάρχουν χειρουργικές επιπλοκές που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερικά ιατρεία, δεν υπάρχει πυρετός, πόνος ελεγχόμενος με από του στόματος αναλγησία, πλήρης κινητοποίηση, ανοχή στην από του στόματος λήψη τροφής και αποδοχή από τον ασθενή.



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΥΡΕΜΕΝ

ΓΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ

6	Εξιτήριο Χειρουργός, Νοσηλεύτης, Πρωτοβάθμια Περίθαλψη
6.1	Έγγραφα κατά το εξιτήριο Κατά το εξιτήριο στους ασθενείς θα πρέπει να παρέχονται εξατομικευμένες, κατανοητές και πλήρεις πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο και συστάσεις για την φροντίδα στο σπίτι.
6.2	Θρομβοεμβολική προφύλαξη Η θρομβοεμβολική προφύλαξη θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι τις 28 ημέρες μετά την επέμβαση.
6.3	Παρακολούθηση Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται την πρώτη εβδομάδα μετά το εξιτήριο σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών ή μέσω τηλεφώνου. Θα πρέπει να προγραμματιστούν περαιτέρω επισκέψεις ελέγχου στους 1, 3 και 6 μήνες μετά το εξιτήριο. Θα πρέπει να οργανωθεί επίσκεψη στον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης και, εάν χρειάζεται, να συντονιστεί η κατ' οίκον υποστήριξη.