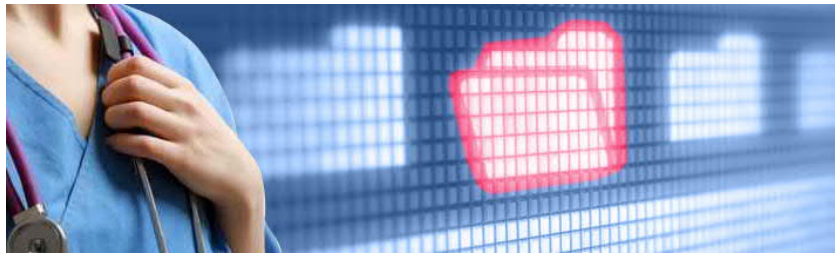


Italian
Perioperative
Program



PROTOCOLLO FAST TRACK IN UROLOGIA

La cistectomia radicale con ricostruzione di neovescica (in nero)

La prostatectomia radicale (differenze in rosso)

Strutture partecipanti:

- Azienda ospedaliera universitaria S. Luigi Gonzaga, Orbassano – TORINO
- Azienda ospedaliera universitaria S. Raffaele Sede – MILANO
- Ospedale Cottolengo – TORINO
- Ospedale di AOSTA
- Azienda ospedaliera di COMO

PREOPERATORIO

Counseling: Dovrà prevedere un momento di incontro tra il paziente e il team multidisciplinare (chirurgo, anestesista e infermiere).

Lo scopo è quello di favorire la compliance al protocollo condividendo con il paziente gli obiettivi e motivandolo ad aderire al percorso delineato. A tal fine risulta utile il coinvolgimento dei familiari che parteciperanno al colloquio preoperatorio e assisteranno il paziente sia durante la degenza che una volta rientrato al domicilio.

E' opportuno che il counseling avvenga con sufficiente anticipo rispetto alla data prevista del ricovero.

E' fortemente consigliabile che l'incontro si svolga in ambito multidisciplinare, con la partecipazione contemporanea di tutti i professionisti coinvolti. Ciò consente di condividere i contenuti di educazione sanitaria ed informazione che il paziente deve ricevere, per evitare ripetizioni e finalizzare in maniera ottimale il colloquio.

Anestesista e chirurgo informano il paziente sulle procedure di relativa competenza e ottengono il consenso informato.

L'infermiere ha il compito di:

- Effettuare la valutazione dei bisogni del paziente (incluso lo stato nutrizionale) e dei familiari, che può avvenire attraverso la compilazione di uno specifico modulo
- Informare il paziente sull'organizzazione del reparto, sul personale operante e sui presidi necessari
- Informare il paziente sulla preparazione (eventuale preparazione intestinale, alimentazione, assunzione degli integratori, programma motorio) e sulla gestione del dolore e di eventuale E' consigliabile che l'informazione verbale sia integrata con la consegna di materiale informativo (opuscoli, brochure, video, etc)
- **Valutazione nutrizionale** : Utilizzo del MUST per definire lo stato nutrizionale del paziente. Immunonutrizione (750 mL /die Oral Impact) per 7 giorni nei pazienti malnutriti, 5 giorni per gli altri pazienti
- **Tricotomia e doccia**: tricotomia xifo-pubica con clipper da eseguirsi tra la sera prima fino a 2 ore prima dell'intervento, ma non in sala operatoria. Doccia con acqua e sapone prima e dopo la tricotomia
- **Dieta** : Nessuna restrizione alimentare fino a 6 ore prima dell'intervento; possibilità di assumere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'intervento.

Nei pazienti che devono eseguire una preparazione colica per os è opportuno garantire un adeguato apporto calorico mediante l'assunzione di integratori

Carico glucidico: somministrazione di bevanda a base di maltodestrine e priva di lipidi, lattosio, fibre e glutine. Dose: 800 cc la sera precedente l'intervento e 400 cc fino a 2-3 ore prima dell'intervento. La bevanda va assunta possibilmente fresca, non a temperatura ambiente e non è controindicata nel paziente diabetico.

- **Preparazione intestinale**: nessuna preparazione per os, eventuale clisma evacuativo (500ml) la sera prima dell'intervento
- **Profilassi antibiotica**: secondo linee guida.
- **Profilassi tromboembolica**: calze elastiche dalla mattina dell'intervento. Non somministrare Seleparina la sera prima dell'intervento

- **Drink carboidratico:** 2 ore prima dell'intervento somministrare malto destrine 200ml x 2.
- **Premedicazione:** nessuna di principio; in casi selezionati benzodiazepine per os 2 ore prima dell'intervento
- **Fisioterapia:** presa in carico del paziente

INTRAOPERATORIO

Accesso chirurgico: incisione periombelico-pubica oppure accesso laparoscopico trans peritoneale.

PROSTATECTOMIA RADICALE: (accesso chirurgico sottoombelico pubico)

Accesso laparo extraperitoneoscopico (accesso sotto ombelicale d 12 mm + 4 porte disposte a ventaglio), accesso per RALP (sovrapiombelico 12 mm + 5 porte a ventaglio)

Drenaggi: 1 drenaggio nello scavo pelvico. **PROSTATECTOMIA RADICALE 1 drenaggio extraperitoneale**

Tipo di anestesia: Posizionamento di catetere epidurale T7-T8 prima dell'induzione dell'anestesia generale. Somministrare dose test di verifica e bolo iniziale di anestetico locale. In chirurgia mini-invasiva il posizionamento del catetere epidurale è a discrezione dell'anestesista. Nel caso il catetere epidurale non sia stato posizionato per controindicazione o per motivi tecnici si prevede un protocollo farmacologico alternativo per la gestione del dolore postoperatorio.

Anestesia generale TIVA (+ eventuale anestesia locoregionale epidurale), induzione e mantenimento con farmaci short-acting (propofol, remifentanil) e curarizzazione (ad esempio con bolo iniziale e mantenimento in infusione continua, con bromuro di rocuronio per la possibilità di

Input idrico: 5-6 ml/kg/h di soluzioni cristalloidi e 7 ml/kg di colloidi. Mantenere una diuresi intraoperatoria di almeno 0.5ml/kg/h

Integrare con fluidi aggiuntivi in caso di perdita ematica > 500 ml e/o emodinamica instabile

- **SNG:** posizionare a inizio intervento e mantenerlo fino al risveglio
- **CV:** Sì
- **CVC:** No

Prevenzione ipotermia: infusioni riscaldate, materassino, riscaldamento ad aria

Profilassi PONV selettiva : Apfel score = 2: profilassi a discrezione del team. Apfel score \geq 3: consigliato ondasetron 4mg + desametasone 4mg due ore prima della fine dell'intervento

Tipo di analgesia: attraverso catetere peridurale: bolo iniziale e infusione in continuo con elastomero di miscela anestetica senza oppioidi + eventuali top up. Perfalgan 1g a 1 ora dalla fine dell'intervento.

POSTOPERATORIO

Alimentazione : Nessuna infusione endovenosa postoperatoria di principio. Se l'alimentazione orale precoce (vedi schema seguente) non è realizzabile va mantenuta la terapia infusionale a velocità di 1 ml/kg/h (da modificare comunque secondo l'assunzione orale di liquidi)

Due ore dopo il risveglio dall'anestesia reintroduzione della dieta idrica (1 lt di acqua naturale oligominerale)

La sera dell'intervento (almeno 6 ore dopo il risveglio):liquidi chiari. Per i pazienti operati nel pomeriggio è ammesso che il primo pasto sia la colazione del mattino successivo.

Dalla prima giornata bere minimo 2 litri di liquidi e dieta libera (i pasti vengono consumati seduti a tavola).

Uso di integratori proteici: facoltativo, da proseguire fino a rialimentazione con dieta libera

Ripresa profilassi tromboembolica : Seleparina da 6 ore dopo la fine dell'intervento + calze elastiche

Input idrico: Nessuna infusione endovenosa postoperatoria di principio. Se l'alimentazione orale precoce (vedi schema seguente) non è realizzabile va mantenuta la terapia infusionale a velocità di 1 ml/kg/h (da modificare comunque secondo l'assunzione orale di liquidi)

Rimozione SNG: a fine intervento

Rimozione drenaggi: 2° - 3° giornata postoperatoria

Rimozione CV: 12° - 14° giornata postoperatoria, secondo valutazione chirurgica.

PROSTATECTOMIA RADICALE: 5-7 giorni

Analgesia: Nei pazienti con catetere epidurale funzionante con infusione continua (di regola fino alla 2^a giornata) l'analgesia va integrata se necessario con paracetamolo 1 g ev (max 4g/die); dopo rimozione del catetere epidurale FANS al bisogno.

Se il catetere epidurale non è stato posizionato si prescrivono FANS + paracetamolo ed eventualmente oppioidi minori. Sono esclusi gli oppioidi maggiori

Mobilizzazione precoce: il giorno dell'intervento: dopo 4 ore dal risveglio mobilizzare (seduto) per 2 ore

1^a giornata: il paziente deve restare fuori dal letto almeno 8 h e camminare per almeno 600 mt

2^a giornata: attività normale, non inferiore a quanto descritto per la 1^a giornata

Si raccomanda di utilizzare locali e poltrone adeguati per favorire la permanenza fuori dal letto.

E' utile che il paziente tenga un diario in cui registrare il tempo trascorso fuori dal letto e, fornendogli i riferimenti opportuni, la distanza precisa percorsa camminando

RILEVAZIONE GIORNALIERA DEI CRITERI “ FIT FOR DISCHARGE”

Adeguata alimentazione orale

Ripresa funzione intestinale

Controllo del dolore con analgesici per os

Autonomia motoria e nelle cure igieniche personali

Non evidenza clinica / laboratoristica di complicanze postop.

Rimozione CV. **PROSTATECTOMIA RADICALE: in seguito a rimozione cateterini, valutare dimissione con CV**

La dimissione dall'ospedale prevede inoltre l'OK del paziente.