
Προεγχειρητική Εκτίμηση (Screening)

Ερώτηση 1. Θα πρέπει να αναγνωρίζονται προεγχειρητικά οι ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ;

Σύσταση:

1.1 Οι ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ θα πρέπει να αναγνωρίζονται προεγχειρητικά, προκειμένου να τροποποιηθεί όπου είναι απαραίτητο, η περιεγχειρητική διαχείρισή των.

Ερώτηση 2. Πώς μπορούν να αναγνωρισθούν οι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ προεγχειρητικά;

Σύσταση:

2.1 Συστήνεται η χρήση ειδικών ερωτηματολογίων για τον εντοπισμό ασθενών με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ. Το ερωτηματολόγιο STOP-BANG είναι το πιο ευαίσθητο, ειδικό και καλύτερα επικυρωμένο εργαλείο.

Ερώτηση 3. Ποιός είναι ο απαιτούμενος χρόνος για τη σωστή προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς με γνωστό ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ;

Σύσταση:

3.1 Προτείνουμε, εάν η χειρουργική επέμβαση είναι επείγουσα, ο ασθενής να προχωρήσει στην επέμβαση με όλες τις προφυλάξεις και τα πρωτόκολλα για τη βέλτιστη αντιμετώπισή τους. Εάν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι επείγουσα, η προεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών με γνωστό ΣΑΥ, αλλά κυρίως αυτών με αυξημένο κίνδυνο να έχουν ΣΑΥ, να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα από τη χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να γίνει σωστή εκτίμηση και να ακολουθήσει η ενδεικνυόμενη θεραπεία.

Ερώτηση 4. Ποιά είναι η καλύτερη περιεγχειρητική στρατηγική, προκειμένου να βελτιώσουμε την έκβαση στους χειρουργικούς ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΑΥ;

Σύσταση:

4.1 Όλη η εμπλεκόμενη ιατρική ομάδα (χειρουργός, αναισθησιολόγος) και ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθούν πριν από την επέμβαση ότι ο ασθενής πάσχει από ΣΑΥ, το οποίο ενδεχομένως να αυξήσει τη νοσηρότητα από τη χειρουργική του επέμβαση.

4.2 Προτείνουμε: α) να καταγράφονται στο ιστορικό του ασθενούς, τα σημεία και συμπτώματα του ΣΑΥ, β) να λαμβάνονται και να καταγράφονται τα αποτελέσματα από την πρόσφατη μελέτη ύπνου του ασθενούς και οι συνιστώμενες ρυθμίσεις της συσκευής PAP, γ) να μελετώνται τα αποτελέσματα από την πρόσφατη καταγραφή στην κάρτα μνήμης της συσκευής.

4.3 Προτείνουμε στις μονάδες υγείας να υπάρχουν διαθέσιμες συσκευές PAP για τους ασθενείς για διεγχειρητική χρήση ή να φέρουν οι ασθενείς τη δική τους συσκευή στο χειρουργείο.

4.4 Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν τη συσκευή τους κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά.

Ερώτηση 5. Ποιά είναι η καλύτερη δυνατή πρακτική, προκειμένου να βελτιώσουμε την έκβαση των χειρουργικών ασθενών με διαγνωσμένο ΣΑΥ και καλή συμμόρφωση στη θεραπεία;

Ισχύουν οι συστάσεις 4.1 έως 4.4 και επιπλέον:

Σύσταση:

5.1 Ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΑΥ και καλή συμμόρφωση στη θεραπεία με PAP μπορούν να προχωρήσουν στη χειρουργική επέμβαση με όλες τις προφυλάξεις και τα πρωτόκολλα για τη βέλτιστη αντιμετώπισή τους.

Ερώτηση 6. Ποιά είναι η καλύτερη δυνατή πρακτική, προκειμένου να βελτιώσουμε την έκβαση των χειρουργικών ασθενών με διαγνωσμένο ΣΑΥ αλλά με ελλιπή ή καθόλου συμμόρφωση στη θεραπεία με PAP;

Ισχύουν οι συστάσεις 4.1 έως 4.4 και επιπλέον:

Σύσταση:

6.1 Προτείνουμε: α) εκτίμηση και βέλτιστη αντιμετώπιση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, β) εκτίμηση ύπαρξης τυχόν μη ελεγχόμενης συστηματικής νόσου, γ) εκτίμηση ύπαρξης νόσου που σχετίζεται με τον αερισμό ή την ανταλλαγή των αερίων, όπως σύνδρομα υποαερισμού, σοβαρή πνευμονική υπέρταση, υποξυγοναιμία ηρεμίας, μη αποδιδόμενη σε άλλη καρδιοαναπνευστική νόσο, δ) συζήτηση με τον υπνολόγο και τον ασθενή για το αίτιο της ελλιπούς συμμόρφωσης, προκειμένου να αντιμετωπισθεί.

6.2 Προτείνουμε ασθενείς με ΣΑΥ με ελλιπή ή καθόλου συμμόρφωση στη θεραπεία, μετά τη βέλτιστη αντιμετώπιση των συνοσηροτήτων που αναφέρονται στην 6.1, να προχωρήσουν στην επέμβαση υιοθετώντας στρατηγικές μείωσης των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Ερώτηση 7. Ποιά είναι η καλύτερη προεγχειρητική στρατηγική, προκειμένου να βελτιώσουμε την έκβαση στους χειρουργικούς ασθενείς που έχουν αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ;

Σύσταση:

7.1 Όλη η ιατρική ομάδα και ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθούν πριν από την επέμβαση για την αυξημένη πιθανότητα να έχει ο ασθενής ΣΑΥ, το οποίο μπορεί να αυξήσει τη νοσηρότητα από την επέμβαση.

7.2 Εάν οι ασθενείς έχουν τις συνοσηρότητες που αναφέρονται στην σύσταση 6.1, προτείνουμε την εφαρμογή της σύστασης 6.1. Προτείνουμε να δοθεί, εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει, ο απαραίτητος χρόνος μέχρι την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των συνοσηροτήτων. Η απόφαση για περαιτέρω έλεγχο με μελέτη ύπνου πρέπει να εξατομικεύεται.

7.3 Εάν οι ασθενείς δεν έχουν τις νόσους που αναφέρονται στη σύσταση 6.1, η περαιτέρω εκτίμησή τους (αναβολή της επέμβασης) προτείνουμε να καθορίζεται από τη βαρύτητα της επέμβασης:

α) οι ασθενείς που θα υποβληθούν σε μικρής βαρύτητας χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να προχωρήσουν στην επέμβαση, λαμβάνοντας μέριμνα για μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

β) ασθενείς που θα υποβληθούν σε μεγάλης βαρύτητας χειρουργικές επεμβάσεις (όπου εμπλέκεται ο αεραγωγός ή/και επηρεάζεται η καρδιοαναπνευστική λειτουργία ή/και απαιτείται μεγάλη δόση οπιοειδών μετεγχειρητικά) προτείνουμε στο πλαίσιο του εφικτού να δοθεί χρόνος για περαιτέρω εκτίμηση και η τελική απόφαση πρέπει να εξατομικεύεται

7.4 Ασθενείς με αυξημένη πιθανότητα να έχουν ΣΑΥ, που χειρουργήθηκαν χωρίς περαιτέρω επιβεβαίωση του ΣΑΥ με μελέτη ύπνου προεγχειρητικά, πρέπει να ενημερώνονται ότι θα πρέπει να απευθυνθούν σε εργαστήριο ύπνου σε δεύτερο χρόνο, προκειμένου να εκτιμηθούν από ιατρό εξειδικευμένο στην ιατρική του ύπνου, που θα δώσει διαγνωστικές και θεραπευτικές κατευθύνσεις, δεδομένου ότι τα ερωτηματολόγια έχουν χαμηλή προς μέτρια ειδικότητα.

Εκτίμηση και Διαχείριση Αεραγωγού

Ερώτηση 8. Έχουν οι ασθενείς με ΣΑΥ αυξημένο κίνδυνο για δύσκολο αεραγωγό;

Συστάσεις:

8.1 Γνωστό ή ύποπτο ΣΑΥ θα πρέπει να θεωρείται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για δύσκολη διασωλήνωση, δύσκολο αερισμό με προσωπίδα ή συνδυασμό και των δύο. Πρέπει να εξασφαλίζονται επαρκείς δικλίδες για τη διαχείριση του αεραγωγού.

8.2 Προτείνεται η ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία σε θέση ramped με χρήση βίντεο-λαρυγγοσκοπίου και υπό εφαρμογή αερισμού με θετικές πιέσεις και συμπληρωματικής ρινικής οξυγονοθεραπείας υψηλής ροής, με σκοπό να παραταθεί η ασφαλής περίοδος άπνοιας.

Διεγχειρητική Διαχείριση – Αναισθητική Τεχνική

Ερώτηση 9. Πρέπει να προτιμάται η περιοχική αναισθησία έναντι της γενικής αναισθησίας σε ασθενείς με ΣΑΥ;

Συστάσεις:

9.1 Όποτε είναι εφικτό, η περιοχική αναισθησία (διενέργεια κεντρικών ή περιφερικών αποκλεισμών) είναι προτιμότερη από τη γενική αναισθησία σε ασθενείς με ΣΑΥ.

9.2 Εφόσον πρέπει να διεξαχθεί η επέμβαση υπό γενική αναισθησία, προτείνεται η χορήγηση βραχέως δρώντων παραγόντων, όπως προποφόλης και δεσφλουρανίου.

9.3 Σε περίπτωση γενικής αναισθησίας, οι προκλήσεις σχετικά με τις επιπλοκές από τον αεραγωγό σε ασθενείς με ΣΑΥ φαίνεται να επεκτείνονται και στην περίοδο της αφύπνισης και στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

9.4 Η αποδιασωλήνωση καλό είναι να γίνεται σε μη ύπτια θέση, μετά από την αφύπνιση και την αναστροφή του νευρομυϊκού αποκλεισμού.

9.5 Η γενική αναισθησία είναι προτιμότερη της βαθιάς καταστολής χωρίς εξασφαλισμένο αεραγωγό.

9.6 Σε περίπτωση καταστολής χρειάζεται η παρακολούθηση της αναπνοής με καπνογραφία.

9.7 Προτιμότερος είναι ο έλεγχος της διεγχειρητικής αλγαισθησίας και του μετεγχειρητικού πόνου, μέσω πολυπαραγοντικής προσέγγισης, χωρίς οπιοειδή.

Οπιοειδή

Ερώτηση 10. Έχουν οι ασθενείς με ΣΑΥ αυξημένο κίνδυνο για αναπνευστικά συμβάματα, σχετιζόμενα με τα οπιοειδή;

Σύσταση:

10.1 Οι ασθενείς με ΣΑΥ μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητα αναπνευστικά συμβάματα από τη χρήση οπιοειδών.

Ερώτηση 11. Μεταβάλλεται η αντίληψη του πόνου και η ισχύς των οπιοειδών σε ασθενείς με ΣΑΥ;

Σύσταση:

11.1 Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα αλλοιωμένης αντίληψης του πόνου σε ασθενείς με ΣΑΥ.

Νευρομυϊκοί Αποκλειστές - Παράγοντες Αναστροφής του Νευρομυϊκού Αποκλεισμού

Ερώτηση 12. Έχουν οι ασθενείς με ΣΑΥ αυξημένο κίνδυνο για μετεγχειρητικές αναπνευστικές επιπλοκές λόγω χρήσης νευρομυϊκών αποκλειστών;

Σύσταση:

12.1 Οι ασθενείς που έλαβαν νευρομυϊκούς αποκλειστές μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικού υπολειπόμενου νευρομυϊκού αποκλεισμού, υποξυγοναιμίας ή αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Ερώτηση 13. Επηρεάζει η επιλογή του παράγοντα αναστροφής του νευρομυϊκού αποκλεισμού τον κίνδυνο μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών σε ασθενείς με ΣΑΥ;

Σύσταση:

13.1 Επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν την προτίμηση οποιουδήποτε παράγοντα αναστροφής νευρομυϊκού αποκλεισμού για τη μείωση του κινδύνου μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών.

Λοιποί Αναισθητικοί Παράγοντες

Ερώτηση 14. Έχουν οι ασθενείς με ΣΑΥ αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση των συνήθως χρησιμοποιούμενων αναισθητικών παραγόντων;

Συστάσεις:

14.1 Οι ασθενείς με ΣΑΥ μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων αναπνευστικών συμβάντων από τη χρήση της προποφόλης για καταστολή.

14.2 Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αξιολόγηση των υπολειμματικών επιδράσεων των εισπνεόμενων αναισθητικών παραγόντων στους ασθενείς με ΣΑΥ.

14.3 Οι βενζοδιαζεπίνες πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, καθώς οι ασθενείς με ΣΑΥ μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητα αναπνευστικά συμβάντα από την ενδοφλέβια καταστολή με βενζοδιαζεπίνες.

14.4 Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της κεταμίνης και των α2-αγωνιστών στους ασθενείς με ΣΑΥ.

Η Μετεγχειρητική Διαχείριση των Ασθενών με ΣΑΥ

Ερώτηση 15. Ποιά είναι η βέλτιστη μετεγχειρητική τοποθέτηση των ασθενών με διαγνωσμένο ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ;

Σύσταση:

15.1 Συστήνεται οι ασθενείς με ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ να τοποθετούνται κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής τους πορείας σε μη ύπτια θέση.

Ερώτηση 16. Ποιά είναι η βέλτιστη μετεγχειρητική αναλγησία των ασθενών με διαγνωσμένο ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ;

Συστάσεις:

16.1 Αντί για συστηματική χορήγηση οπιοειδών προτείνεται να εφαρμόζονται περιοχικές τεχνικές αναλγησίας χωρίς οπιοειδή, όταν είναι εφικτό.

16.2 Συστήνεται η χρήση PCA χωρίς βασικό ρυθμό έγχυσης αλλά μόνο κατ' επίκληση.

16.3 Προτείνεται η χορήγηση μη οπιοειδών αναλγητικών από του στόματος ή παρεντερικά.

Ερώτηση 17. Ενδείκνυται η χορήγηση οξυγόνου μετεγχειρητικά σε ασθενείς με ΣΑΥ;

Σύσταση:

17.1 Προτείνεται η χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου, έως ότου είναι σε θέση να διατηρούν τον βασικό κορεσμό οξυγόνου τους στον ατμοσφαιρικό αέρα.

Ερώτηση 18. Ποιά είναι τα ενδεικνυόμενα συστήματα μετεγχειρητικής παρακολούθησης (monitoring) των ασθενών με διαγνωσμένο ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ

Συστάσεις:

18.1 Συστήνεται συνεχής παρακολούθηση της οξυμετρίας σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών, ακόμα και μετά την αναχώρηση από την αίθουσα ανάνηψης, στον θάλαμο νοσηλείας, κατά προτίμηση μέσω συστημάτων τηλεμετρίας.

18.2 Ο μετεγχειρητικός χρόνος παρακολούθησης σε ασθενείς με ΣΑΥ θα πρέπει να παρατείνεται κατά 7 ώρες μετά από το τελευταίο επεισόδιο απόφραξης του αεραγωγού ή υποξυγοναιμίας στον ατμοσφαιρικό αέρα.

18.3 Ο μετεγχειρητικός χρόνος παρακολούθησης σε ασθενείς με ΣΑΥ θα πρέπει να παρατείνεται κατά 3 ώρες μετά από επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας.

18.4 Προτείνεται η χρήση καπνογραφίας, όπου αυτό είναι εφικτό, σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για επιπλοκές.

Ερώτηση 19. Προτείνεται η χρήση συσκευών θετικής πίεσης (PAP) μετεγχειρητικά σε ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ;

Σύσταση:

19.1 Οι ασθενείς με επιβεβαιωμένο ΣΑΥ, οι οποίοι χρησιμοποιούν συσκευές PAP, θα πρέπει μετεγχειρητικά να τις εφαρμόσουν άμεσα.

Ασθενείς με Επιβεβαιωμένη Διάγνωση ΣΑΥ

Ερώτηση 20. Ποιές κατηγορίες ασθενών με ΣΑΥ χρήζουν συνεχούς παρακολούθησης (monitoring) μετεγχειρητικά;

Σύσταση:

20.1 Οι ασθενείς με ΣΑΥ που είναι υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών, όπως είναι οι ασθενείς με σοβαρό ΣΑΥ, βαθμολογία STOP-Bang ≥ 5 , συνυπάρχουσες σοβαρές συννοσηρότητες και παρεντερική χρήση οπιοειδών μετεγχειρητικά, θα πρέπει να παρακολουθούνται και μετά την αναχώρηση από τη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας.

Ερώτηση 21. Ποιά είναι τα κριτήρια μεταφοράς των ασθενών με διαγνωσμένο ΣΑΥ ή με αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΥ σε περιβάλλον χωρίς δυνατότητα παρακολούθησης μετεγχειρητικά;

Σύσταση:

21.1 Οι ασθενείς με διαγνωσθέν ή υψηλής πιθανότητας ΣΑΥ και αυξημένο περιεγχειρητικό κίνδυνο δεν θα πρέπει να μεταφέρονται από τη μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας σε μη ελεγχόμενο περιβάλλον (στο σπίτι ή νοσηλευτικό τμήμα όπου δεν υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησης), έως ότου θεωρηθεί ότι δεν διατρέχουν, πλέον, κίνδυνο μετεγχειρητικής αναπνευστικής καταστολής.