



Best Practice

Supplement

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Managementul pacientului în chirurgia de zi

Sursa informațiilor

Acest articol are la bază trei sinteze sistematice realizate de *Nursing Practice Unit, La Trobe University* și *Day Surgery Special Interest Group, ANF, Victorian Branch (2-4)*. Sursele primare pe care se bazează acest articol sunt disponibile în rapoartele sintezelor sistematice la *Joanna Briggs Institute* și pe *site-ul* institutului:

www.joannabriggs.edu.au

Definirea domeniului

Spitalizarea de zi în chirurgie se definește, pentru scopul acestui document, ca fiind realizarea procedurii care are loc fără internarea peste noapte a pacientului, fie că internarea se face înaintea sau ulterior realizării intervenției.

Pacienții pot apela la centre specializate de chirurgie de zi, acestea putând fi fie entități de sine stătătoare sau unități atașate unui spitalul. În chirurgia de o zi sunt realizate mai multe tipuri de proceduri, în aceasta fiind incluse, chirurgia ortopedică, proceduri ginecologice, chirurgie oftalmică, chirurgie plastică și o gamă largă de alte pro-

Acest document informativ se referă următoarele concepte:

- Îngrijirea înainte de internare
- Îngrijirea după internare
- Structura personalului

ceduri chirurgicale și investigații. Încă din 1970, s-a înregistrat o creștere importantă a numărului de proceduri care sunt realizate în acest tip de unități. În țările dezvoltate se estimează că 50% din procedurile chirurgicale sunt realizate în ambulatoriu. Deși chirurgia de zi este considerată ca fiind asociată cu un număr mai mare de pacienți, cu reducerea costurilor și cu satisfacția pacientului, există totuși unele dezavantaje, cum ar fi: controlul inadecvat al greții și vărsăturilor, al

Ierarhia dovezilor științifice

Studiile științifice sunt clasificate în funcție de puterea dovezilor în următorul sistem de clasificare (1)

Nivelul I dovezile științifice sunt bazate pe o sinteză sistematică (*systematic review*) a tuturor studiilor relevante experimentale, randomizate, controlate.

Nivelul II dovezile științifice sunt bazate pe cel puțin un studiu experimental randomizat, controlat, realizat în mod corespunzător.

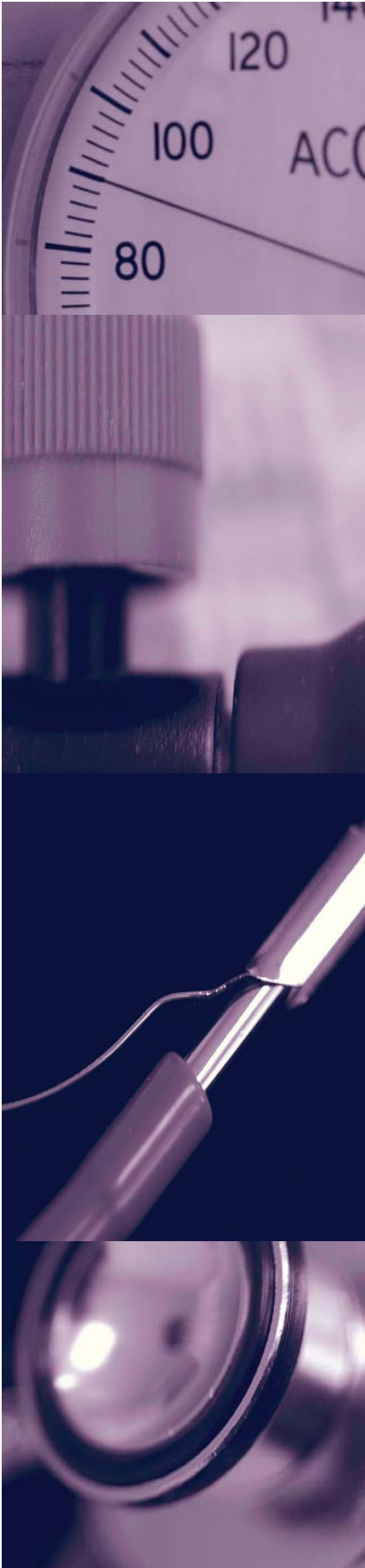
Nivelul III.1 dovezile științifice sunt bazate pe un studiu experimental controlat, nerandomizat, bine realizat.

Nivelul III.2 dovezile științifice sunt bazate pe un studiu bine realizat, de cohortă sau caz-control, studii analitice provenite, de preferință, din mai multe centre de cercetare.

Nivelul III.3 dovezile științifice sunt bazate pe mai multe serii temporale, cu sau fără intervenție; rezultate deosebite în experimente necontrolate.

Nivelul IV dovezile științifice sunt bazate pe opinia autorităților în domeniu, bazată pe experiența clinică, sau pe studiile descriptive sau rapoartele comitetelor de experți.

durerii și impunerea unei poveri asupra membrilor familiei și serviciilor comunitare (5). Îngrijirea preoperatorie, cea intraoperatorie și cea postoperatorie, inclusiv monitorizarea și evaluarea, externarea și evaluarea post-externare prin telefon sunt strategii frecvent aplicate în centrele de chirurgie de zi pentru a reduce complicațiile apărute după externare și sprijinul necesar pacientului.



Îngrijirea înainte de internare

În cadrul unei operații în sistem chirurgie de zi, timpul pentru realizarea unei evaluări preoperatorii complete este restrâns. Multe centre au aplicat un sistem de evaluare și preluare a pacienților cu o săptămână sau chiar mai devreme înainte de realizarea intervenției. Acesta se desfășoară în clinici specializate prin întâlnirile cu personalul din chirurgia de zi și/sau prin convorbiri telefonice. O evaluare preoperatorie adecvată dă posibilitatea obținerii unui rezultat chirurgical pozitiv (6). Această evaluare mai permite și identificarea pacienților care nu necesită operație, reducându-se astfel numărul anulărilor ulterioare.

Evaluarea preoperatorie este de multe ori făcută în același timp cu educarea preoperatorie a pacientului. Acest tip de educație se poate realiza în multe forme, cum ar fi: consultarea față-în-față, vizitarea acestor centre, întâlniri de grup sau consultații telefonice. Scopul educării preoperatorii este scăderea anxietății dinaintea operației, aprecierea nevoilor de învățare ale pacientului și familiei acestuia și individualizarea informației corespunzător fiecărui pacient (7).

Rezultate

Deși nu există studii comparate referitoare la pacienții din centrele de evaluare înainte de internare, un studiu asupra pacienților care au utilizat aceste centre a arătat că ele conferă un înalt grad de satisfacție. Accesul pacienților la aceste centre a redus anxietatea dinaintea operației, a îmbunătățit starea mentală a acestora și a crescut gradul de înțelegere a procesului de internare.

Gradul de înțelegere a importanței regimului alimentar înainte de operație și a instrucțiunilor de îngrijire după operație a fost, de asemenea, crescut.

Un studiu privind consultațiile telefonice preoperatorii și chestionarele a arătat că acestea sunt eficiente pentru reducerea ratei anulărilor sau a amânărilor intervențiilor. Un alt studiu a comparat eficacitatea unui consult telefonic preoperator comparativ cu un consult telefonic preoperator însoțit de o vizită la domiciliu. Nu a fost găsită nici o dovadă care să arate că vizita la domiciliu ar reduce rata anulărilor.

Deși s-au făcut puține cercetări referitoare la cât de adecvate sunt criteriile de internare, criteriile de evaluare prezentate în ghidurile Asociației Anesteziștilor din Marea Britanie și Irlanda au arătat că dorința pacientului de a beneficia de chirurgia de zi, disponibilitatea pentru îngrijirea acasă, accesul telefonic și starea materială de acasă a pacienților ar trebui să fie considerate priorități pentru internarea în vederea operației. Aceste ghiduri mai indică și că pacientul ar trebui să poată înțelege procedura, să fie în stare de sănătate fizică bună și să aibă o greutate acceptabilă.

Această informație este bazată pe nivelul II și nivelul III.2 de dovezi (2).

Îngrijirea după internare

Există multe avantaje ale chirurgiei de zi, cum ar fi: numărul mai mare de pacienți, o dată cunoscută a operației, reducerea cererii de asistente medicale pe perioada nopții și a sfârșitului de săptămână, reducerea listelor de așteptare pentru pacienți, economii în privința costurilor spitalicești, o perioadă mai scurtă de așteptare pentru copii și bătrâni, o întrerupere minimă a activităților pacientului și costuri mai mici pentru familia acestuia (5). Cu toate acestea, există și dezavantaje ale chirurgiei de zi, cum ar fi: complicațiile care apar dacă pacienții sunt externați prea curând după anestezie sau greața și voma, controlul inadecvat al durerii, odihna insuficientă acasă și o povară pusă pe umerii membrilor familiei și ai serviciilor comunitare. Datorită complicațiilor ce pot apărea, este extrem de important ca toate procedurile chirurgiei de zi să fie meticolos îndeplinite. Aceste proceduri includ îngrijirea preoperatorie, îngrijirea în timpul operației, îngrijirea după operație inclusiv monitorizarea și evaluarea, externarea și vizitele ulterioare.

Rezultate

Rezultatele unui studiu randomizat controlat susțin folosirea distragerii atenției pentru reducerea anxietății pacienților înainte de operație și a cerințelor anestezice în timpul operației. Potrivit ghidurilor de management al anesteziei, studiilor descriptive și opiniei experților, se consideră că oprirea alimentației înainte de intervenția chirurgicală nu este necesară **PENTRU PACIENȚII CARE BENEFICIAZĂ NUMAI DE ANESTEZIE LOCALĂ** și că marea majoritate a chirurgilor și anesteziștilor ar continua operația sub anestezie locală chiar dacă pacienții au consumat alimente.

De asemenea, s-a constatat că temperatura timpanică nu este o măsură utilă pentru determinarea momentului în care pacientul poate fi externat, pe când sistemul de evaluare postanestezie în vederea externării este util și poate fi folosit pentru a înlocui criteriile clinice de externare existente. Operația cu cele mai puține complicații ar trebui programată pentru mai târziu în timpul zilei, iar momentul externării ar trebui să fie flexibil dacă se dorește ca nivelul internărilor neprevăzute să fie scăzut. Evaluările privind gradul de satisfacție a pacienților au arătat că mulți dintre aceștia au apreciat că informația adusă la cunoștință înaintea operației a fost inadecvată și nu a acoperit nevoile lor de pregătire privitoare la ce ar trebui să se aștepte de la operație, îngrijirea pentru internare și externare. Această informație se bazează pe o varietate de nivele de dovezi inclusiv nivelul II (3).

Structura personalului

Personalul din sălile tradiționale de operație a fost reprezentat inițial numai de medici și asistente medicale. Totuși, în ultimii 30 de ani, ca răspuns la noile descoperiri din domeniul chirurgiei și al tehnicilor chirurgicale, al creșterii așteptărilor pacienților și cererilor sociale pentru scăderea prețurilor, în sălile de operații au apărut noi roluri, cum ar fi cel al tehnicienilor anesteziști.

Rezultate

Studiul sistematic a identificat că nu există dovezi de înaltă calitate care să stabilească relațiile dintre diversitatea abilităților, nivelul profesional al personalului și obținerea rezultatelor dorite în centrele de chirurgie de zi. De aceea se constată necesitatea unor noi cercetări în această direcție. Dovada obținută din opiniile experților și ghidurile publicate, deși slabă din punct de vedere al validității, este cea mai bună dovadă existentă la momentul actual.

Lipsa studiilor privind complexitatea problemelor structurale în unitățile de chirurgie de zi are ca rezultat luarea deciziilor bazate mai degrabă pe numărul de pacienți admiși, decât pe complexitatea cazurilor. Abordarea curentă a diversității abilităților și nivelului profesional al personalului în unitățile de chirurgie de zi pare să se sprijine mai mult pe tradiție și pe menținerea limitelor profesionale.

Rezultatele acestei sinteze sugerează că practica referitoare la planificarea și angajarea personalului adecvat în unitățile de chirurgie de zi ar trebui evaluată și din punctul de vedere al efectelor ei asupra costurilor și rezultatelor.

Această informație se bazează pe o varietate de nivele de dovezi inclusiv nivelul IV (4).

Implicații pentru practica medicală

Înainte internării

1. Contactarea telefonică a pacienților preoperator pentru a confirma datele și orele întâlnirilor, alimentația preoperatorie și anamneza putând preveni amânarea operației.
2. Stabilirea unităților de preinternare poate, de asemenea, reduce anxietatea pacientului și poate crește gradul de înțelegere și satisfacție ale acestuia.
3. Pacienții ar trebui selectați în funcție de criteriile de evaluare.
4. Operațiile care pot avea cele mai puține complicații ar trebui programate mai târziu în timpul zilei.
5. Înainte să se efectueze operația, personalul ar trebui să se asigure că pacienții au asigurat transportul până acasă și că există cineva care să îi îngrijească.
6. Pacienții trebuie informați în mod special cu privire la consecințele operației, îngrijirea în timpul internării și după externare.
7. Această informație cu privire la consecințele operației ar trebui să includă și detalii privind durerea și disconfortul.

După internare

1. În sălile de așteptare ale unităților de chirurgie de zi ar trebui folosite modalități de relaxare (de exemplu, muzică, televiziune, reviste) pentru a reduce anxietatea preoperatorie a pacientului.
2. Sistemul de evaluare postanestezie în vederea externării ar trebui încercat ca alternativă la criteriile clinice de externare existente la momentul actual.
3. Momentul externării după operație ar trebui să fie flexibil dacă se dorește ca nivelul internărilor neprogramate să fie scăzut.
8. Ghidurile despre regimul alimentar ar trebui să fie actualizate pentru a oglindi schimbările în practică și noile rezultate ale cercetărilor.

Structura personalului

1. În vedere puținele dovezi științifice valide, se recomandă noi cercetări în acest domeniu.
2. Volumul (încărcătura) de muncă (folosind date despre complexitatea îngrijirilor) poate juca un rol determinant în identificarea nivelurilor profesionale și a abilităților adecvate.

References

1. NHMRC, 1999 *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*, Canberra, NHMRC.
2. Pearson A, Richardson M, Peels S, Cairns M. (In Press) The pre admission care of patients undergoing day surgery: A systematic review. *Health Care Reports*.
3. Pearson A, Richardson M, Peels S, Cairns M. (In Press) The care of patients whilst in the day surgery unit: A systematic review. *Health Care Reports*.
4. Pearson A, Richardson M, Brown S, Cairns M. (In Press) Appropriate staffing models to achieve desirable health outcomes in day surgery units: A systematic review. *Health Care Reports*.
5. Coll AM, Moseley L and Torrance C. Fine tuning the day surgery process. *Nursing Standard*, 1999, 14(4): p39-42.
6. Dunn D. Preoperative assessment criteria and patient teaching for ambulatory surgery patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 1998, 13(5): p274-91.
7. Lancaster KA. Care of the pediatric patient in ambulatory surgery. *Nursing Clinics of North America*, 1997, 32(2): p441-55.

Acknowledgments

This information sheet was developed by the Joanna Briggs Institute for the Day Surgery Special Interest Group under the guidance of a panel of clinical experts who acted as consultants during the review process. The review panel members were:

Pre-admission: Mrs Trish Cashman, Director of Nursing, Dandenong Surgicentre; Dr David Curnow, Private Dental Practice, Dandenong, Victoria; Ms Ros Forshaw, Peri-operative Services Manager, Freemason's Hospital; Ms Marguerite Hoiby, Day Surgery Special Interest Group, Australian Nursing Federation – Victorian Branch; Ms Robyn Kennedy, Manager, Cabrini Day Procedure Centre; Ms Kim Lee, Unit Manager, Day Surgery Unit, Royal Children's Hospital; Dr Phil Lowe, Gynaecologist / IVF Clinician Monash IVF, Epworth Hospital; Ms Karen McConochie, Queensland Health; Prof Alan Pearson, Primary Project Investigator, La Trobe University, School of Nursing and Midwifery; Dr Chris Pullen, Orthopaedic Surgeon, Royal Melbourne Hospital; Prof Michael Quinn, Gynaecological Oncologist, Frances Perry House; Dr Phill Ragg, Anaesthetist, Royal Children's Hospital; Dr Marilyn Richardson, Project Investigator, La Trobe University, School of Nursing and Midwifery; Dr Elizabeth Rose, Otolaryngologist, Royal Children's Hospital; Ms Jaci Stevenson, Endoscopy and Day Surgery Manager, Private Health, Queensland; Ms Carolyn Stewart Coombs, Clinical Nurse Specialist, Day Procedure Unit, Mercy Hospital, Bendigo; Dr Rowan Thomas, Anaesthetist, St Vincents Hospital; Ms Anna Vandenberg, Peri-operative Services Manager, Royal Melbourne Hospital; Dr Katrina Watson, Gastroenterologist, St Vincents Hospital; Mr Mitchell Wilson, Preadmission Manager, St Vincent's Hospital

Post-admission: Ms Neridah Creedon, Nurse Unit Manager, Day Surgery Unit, Freemason's Hospital; Ms Pam Gray, Associate Nurse Manager, Cabrini Hospital; Ms Pauline Grob, Day Surgery Special Interest Group, Australian Nursing Federation – Victorian Branch; Dr David Kaufman, Director of Continuing Professional Development, Royal Australian and New Zealand College of Ophthalmologists (RANZCO); Dr Paddy Moore, Clinical Director of Gynaecology, Mercy Hospital for Women; Prof Alan Pearson, Primary Project Investigator, La Trobe University, School of Nursing and Midwifery; Dr Marilyn Richardson, Project Investigator, La Trobe University, School of Nursing and Midwifery; Ms Marian Sheehan, Post Anaesthetic Care Unit, Waverley Private Hospital

Staff Mix: Ms Wendy Adams, Director of Nursing, Linley Clinic, Victoria; Ms Michelle Cairns, Day Surgery Special Interest Group – ANF – Vic Branch; Ms Celia Leary, Sydney Southwest Private Hospital, New South Wales; Ms Alison McMillan, Department of Human Services, Victoria; Prof Alan Pearson, Primary Project Investigator, La Trobe University, School of Nursing and Midwifery; Dr Marilyn Richardson, Project Investigator, La Trobe University, School of Nursing and Midwifery; Ms Anne Marie Scully, Australian Nursing Federation – Victorian Branch; Dr Denis Swift, Executive Director of Finance, Bayside Health, Victoria; Ms Rhonda Williams, Sydney IVF Unit, New South Wales.



Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
Adelaide, South Australia 5000

<http://www.joannabriggs.edu.au>

ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881

• Published by Blackwell Publishing Asia

This sheet should be cited as:

JBI, Management of the Day Surgery Patient,
Best Practice Supplement 1, 2003 p1-4

"The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of Best Practice summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".