



Ghid pentru chirurgia ambulatorie

Acest ghid provine din PLANUL DE LUCRU 2013 al IAAS, ANUL EST EUROPEAN, care a primit finanțare, sub forma unei subvenții de funcționare, de la Uniunea Europeană, în cadrul Programului pentru Sănătate.



**Cofinanțat prin
Programul pentru Sănătate
al Uniunii Europene**



Agenția
Executivă
pentru Sănătate
și Consumatori

Cuprins

Cuvânt înainte	5
Secțiunea 1. Introducere	6
Secțiunea 2. Proiectarea facilităților de chirurgie de o zi.....	7
Chirurgia bazată pe cabinet	8
Unitate integrată.....	8
Secție de o zi cu sală/săli de operații dedicată/e în blocul operator principal	8
Secție ambulatorie – fără săli de operații dedicate.....	8
Secțiunea 3. Aspecte organizatorice.....	9
Conducătorul clinic.....	9
Conducătorul asistenței medicale.....	9
Grupul operațional	9
Secțiunea 4. Evaluarea preoperatorie.....	9
Evaluarea socială	10
Evaluarea medicală	10
Vârsta.....	10
Tensiunea arterială	10
Indicele de masă corporală (IMC).....	10
Apneea de somn	11
Diabetul zaharat	11
Secțiunea 5. Informarea pacienților	11
Secțiunea 6. Proceduri adecvate pentru chirurgia ambulatorie.....	12
Secțiunea 7. Ziua internării	13
Managementul perioperator	13
Controlul durerii.....	13
Anestezia prin infiltrație	13
Anestezia regională	13
Secțiunea 8. Procesul de recuperare	14
Prima etapă de recuperare.....	14
A doua etapă de recuperare.....	14
Secțiunea 9. Externarea și asistența pacienților.....	15
Secțiunea 10. Analgezia la externare	16
Obiectiv	16
Medicamente.....	16
Anestezia locală	16
Anestezia topică.....	16
Aprovizionarea cu medicamente analgezice	16
Informarea.....	16
Secțiunea 11. Monitorizarea calității – utilizarea auditului și a standardelor	17
Monitorizarea	17
Serviciul de urmărire telefonică	17
Anexa A: Rolul dublu al anesteziștilor în unitățile de chirurgie de o zi (DSU): un posibil model de organizare pentru conducerea unei secții de chirurgie de o zi	19
Anexa B: Furnizarea de informații către pacient: Linii directe și un set de instrumente pentru aplicații practice	23

Introducere	23
Criterii pentru furnizarea de informații spre pacienți	23
Fazele informării	25
Chirurgia pediatrică de o zi	27
Linii directe pentru construirea pachetelor de informații	27
Chestionarul	29
Exemple de pliante informative	30
Anexa 1 Prospect cu informații generale pentru pacienții chirurgiei de o zi	31
Anexa 2 Prospect informativ pentru îngrijitori	35
Anexa 3 Prospect de informare specific procedurii.....	37
Anexa 4 Chestionar pentru CHIRURGIA DE O ZI	39
Anexa 5 Link-uri spre exemple de informații pentru pacient pentru chirurgia de o zi și linii directe pentru realizarea materialelor scrise.....	42
Anexa C: CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT	43
Anexa D: Proceduri în chirurgia de o zi	45
Anexa E: Durerea preventivă și strategii PONV pentru optimizarea calității îngrijirii pentru pacienții cu cazuri de o zi.....	48
Managementul durerii	48
Prevenirea grețurilor și vărsăturilor postoperatorii	48
Anexa F: Capitol – Indicatori de calitate / clinici	50
Introducere	50
Indicatori clinici	50
Indicatori pentru datele de intrare	53
Indicatori pentru acces	53
Indicatori pentru proces	53
Indicatori pentru randament	53
Indicatori pentru rezultate	53
Indicatori privind siguranța pacienților	54
Indicatorii de cost / productivitate	54
Indicatorii de satisfacție a pacienților	54
Anexa G: Rolul asistenței medicale în chirurgia ambulatorie	56
EVALUAREA ȘI EDUCAREA PREOPERATORIE.....	56
INTERNAREA.....	57
SALA DE OPERAȚII	57
RECUPERAREA.....	57
EXTERNAREA	58
URMĂRIREA POST EXTERNARE	58
COMPETENȚELE	58
Anexa H: Înființarea unei Asociații oficiale	59
Sistemul medical din India:	59
Necesitatea unei Asociații:	59
Cum se poate realiza acest lucru:	59
Provocări experimentate:	60

Cuvânt înainte

Acest ghid a fost pregătit pentru a sprijini atelierele de lucru pentru formarea în Chirurgia Ambulatorie ale IAAS – **Chirurgia de o zi: Să o transformă în realitate**. Mulți oameni au contribuit la această publicație și la dezvoltarea acestor ateliere de lucru și le mulțumesc pentru sprijinul acordat în acest proiect. În special, este important să recunoaștem munca depusă de Carlo Castoro, Paulo Lemos, Jan Eshuis și Gamal Mohamed în stabilirea contactelor în Europa de Est și în asigurarea atelierelor de lucru în 2013.

Speranța mea este că acesta este doar un început și că în 2014 vom putea să dezvoltăm cursul și materialele disponibile pentru a sprijini această muncă importantă, pentru utilizare în toată Europa și în afara ei.

Dr. Ian Jackson
Președinte.
Asociația Internațională de Chirurgie Ambulatorie

Vă rugăm să rețineți că acest Ghid este disponibil online la www.iaas-med.com/handbook, unde este disponibil în limba maghiară, română și sârbă. Am furnizat, de asemenea, un forum unde puteți pune întrebări despre orice probleme cu care vă confrunțați în chirurgia de o zi.

Colaboratori

Ian Jackson	Președinte
Jan Eshuis	Secretar Onorific
Luc Van Outryve	Administrator Onorific
Gamal Mohamed	Președinte ales
Carlo Castoro	Ultimul fost Președinte
Paulo Lemos	Fost Președinte
Arnaldo Valedon	SUA
Jost Brökelmann	Germania
Douglas McWhinnie	Marea Britanie
Jan Jakobsson	Suedia
Svenn Felsby	Danemarca
Wendy Adams	Australia
Naresh Row	India

Secțiunea 1. Introducere

Chirurgia de o zi sau chirurgia ambulatorie are multe definiții în întreaga lume, însă IAAS recomandă descriptorul **chirurgie ambulatorie** definit ca ‘o operație/procedură, cu excepția unei operații/proceduri realizate într-un cabinet sau ambulatoriu, în care pacientul este externat în aceeași zi lucrătoare’.

Un alt grup important este reprezentat de pacienții care pot fi gestionați cu o ședere peste noapte, pentru care sugerăm formularea **‘Chirurgie ambulatorie – pacient cu recuperare prelungită’**, definit ca ‘un pacient tratat în centrul / unitatea de chirurgie / procedură ambulatorie, independent sau dintr-un spital, care necesită recuperare prelungită, inclusiv ședere peste noapte, înainte de externare în ziua următoare’.

Tabelul 1. Definiții IAAS

DEFINIȚII – CHIRURGIE AMBULATORIE	
Chirurgie / procedură ambulatorie	O operație / procedură, cu excepția unei operații / proceduri realizate într-un cabinet / secție de chirurgie sau în ambulatoriu, în care pacientul este externat în aceeași zi lucrătoare.
Pacient al unei intervenții chirurgicale / proceduri ambulatorii	Un pacient care trece printr-o operație / procedură, cu excepția unui operații / proceduri realizate într-un cabinet / secție de chirurgie sau în ambulatoriu, care este internat și externat în aceeași zi lucrătoare.
Centru (facilitate) de chirurgie ambulatorie	Un centru (facilitate) concepută pentru managementul optim al unui pacient care trece printr-o intervenție chirurgicală / procedură ambulatorie.
Chirurgie / procedură ambulatorie – pacient cu recuperare prelungită	Un pacient tratat în centrul / unitatea de chirurgie / procedură ambulatorie, independent sau dintr-un spital, care necesită recuperare prelungită, inclusiv ședere peste noapte, înainte de externare în ziua următoare.
Chirurgie / procedură ambulatorie – centru / unitate pentru recuperare prelungită	Cazare pentru pacienți construită / modificată în funcție de scop, independentă sau din cadrul unui centru de chirurgie ambulatorie sau spital, concepută special pentru recuperarea prelungită a pacienților care au trecut printr-o intervenție chirurgicală / procedură ambulatorie.
Cazare cu îngrijire limitată	Cazare la hotel / hostel pentru pacienții care au trecut printr-o intervenție chirurgicală / procedură ambulatorie în care asistența medicală profesionistă este disponibilă la cerere.
Cazare la hotel / hostel	Cazare fără asistență medicală profesionistă pentru intervențiile chirurgicale / procedurile ambulatorii: solicitată de pacienți din motive casnice, sociale sau legate de călătorii.

Atunci când se compară ratele internaționale ale chirurgiei de o zi pentru o anumită operație, este important să se înțeleagă că, în ciuda recomandărilor noastre, definițiile pot, totuși, fi diferite în întreaga lume. Unele țări consideră o ședere de mai puțin de 24 de ore drept o intervenție chirurgicală de o zi.

Date fiind contribuțiile internaționale aduse la realizarea acestui ghid, termenii ‘chirurgie de o zi’ și ‘chirurgie ambulatorie’ vor fi folosiți alternativ pe tot parcursul acestui ghid.

Chirurgia de o zi nu este nouă și, într-adevăr, în 1909, James Nicoll a raportat activitatea sa pe aproape 9.000 de copii care au trecut prin chirurgie de o zi pentru afecțiuni precum palatoschizis, hernie, picior bont și mastoidită la Spitalul Regal pentru Copii Bolnavi din Glasgow. Aceasta a fost activitatea unui entuziast talentat, care depășea, pur și simplu, epoca sa; chiar și în acele zile de început, el a subliniat importanța unor condiții adecvate la domiciliu și cooperarea cu medicii generaliști.

Trei factori principali determină creșterea chirurgiei de o zi

1. Modificările practicii clinice – durata de ședere după o intervenție chirurgicală s-a redus în mod constant în ultimul deceniu, lucru accelerat prin programe de recuperare îmbunătățite, care încurajează mobilizarea precoce.
2. Progresele înregistrate de tehnicile de anestezie și chirurgicale au făcut un număr tot mai mare de proceduri adecvate pentru chirurgia de o zi. În egală măsură, aceste progrese ne-au permis să oferim chirurgia de o zi pacienților care anterior au fost considerați nepotriviți din cauza diverselor comorbidități. Multe spitale se îndreaptă acum spre o opțiune implicită pentru chirurgia de o zi pentru mai multe operații. În loc ca chirurgul să întrebe ‘Este acest pacient potrivit pentru chirurgia de o zi?’, acesta este acum presupus a fi adecvat și întrebarea este ‘Există vreo justificare pentru spitalizarea acestui caz?’
3. Țările se luptă să controleze costurile din serviciile lor de sănătate și creșterea internărilor de urgență legate de populațiile lor care îmbătrânesc. Capacitatea de a trata mai mulți pacienți chirurgicali prin mai

puține paturi înseamnă că eficiența costurilor pentru chirurgia cazurilor de o zi a pus acest mod de îngrijire în vârful agendei politice.

Cu toate acestea, a fost necesară o perioadă considerabilă de timp în mai multe țări pentru a crește ratele chirurgiei de o zi. Motivele aferente sunt complexe, dar este important că sunt luate în considerare, pentru că cei care doresc să introducă chirurgia de o zi vor întâmpina aceste probleme.

Lipsa facilităților pentru chirurgia de o zi

Chirurgia de o zi este posibilă fără furnizarea unor facilități dedicate chirurgiei de o zi, dar spitalele care ating o performanță ridicată în chirurgia de o zi au unități dedicate – acest lucru va fi discutat mai târziu în ghid.

Preferința clinică

Este important să recunoaștem că mulți chirurghi, anesteziști și asistenți medicali au o preferință puternică pentru chirurgia cu internare. Mulți văd chirurgia de o zi ca ‘minoră’ și ca o provocare mai mică sau, în unele țări, chirurghi se tem de pierderea controlului asupra paturilor de spital sau a ‘salonului lor’.

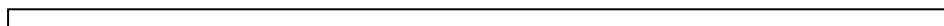
Preferința pacienților

De multe ori, personalul spune că pacienții nu doresc chirurgie de o zi și este adevărat că, în culturile în care chirurgia de o zi este nouă, este important să se educe pacienții sub aspectul avantajelor. Atunci când chirurgia de o zi este explicată pacienților, indiferent în ce țară lucați, constatarea universală este că majoritatea vor prefera să se recupereze în mediul casei lor.

Extinderea chirurgiei de o zi presupune o schimbare a mentalității clinicienilor, personalului de îngrijire medicală, managerilor și a pacientului. Este posibil să fie necesare schimbări în politicile și reglementările naționale, cum ar fi îndepărtarea stimulentei care promovează spitalizarea inutile. Cu toate acestea, chirurgia de o zi poate fi introdusă cu succes de către cei care au forța de a realiza schimbări pentru pacienții lor. La început, cele mai multe spitale vor trebui să înceapă să efectueze intervenții chirurgicale de o zi prin intermediul facilităților lor existente. Schimbarea crucială în această situație este traiectoria pacientului și este clar de la începutul traiectoriei pentru pacient și pentru întregul personal că pacientul va merge acasă în ziua în care se efectuează procedura.

Odată ce un serviciu a fost început într-un spital, puteți începe să analizați modul în care facilitățile dumneavoastră pot fi adaptate pentru a sprijini în continuare parcursul cazurilor de o zi pentru tot mai mulți pacienți. Sperăm că acest ghid vă va ajuta în toate etapele de dezvoltare a serviciului dumneavoastră de chirurgie de o zi.

La finalul ghidului am inclus o Anexă a eseurilor finalizate de colegii din Comitetul Executiv al IAAS. Acestea sunt opinii personale privind gestionarea diverselor aspecte ale chirurgiei de o zi și conțin un număr mare de idei și informații utile. Fiecare abordează o altă parte a parcursului pacientului și sperăm să le găsiți utile – includem detaliile de contact pentru cei implicați, astfel încât să îi puteți contacta pentru orice întrebări pe care le-ați putea avea.



Secțiunea 2. Proiectarea facilităților de chirurgie de o zi

Există mai multe modalități de a furniza servicii de chirurgie de o zi.

- Unitate de chirurgie de zi autonomă – independentă
- Chirurgie bazată pe cabinet
- Unitate de chirurgie de zi autonomă – integrată în spitalul principal
- Secție ambulatorie autonomă – utilizând săli de operații dedicate din blocul operator principal
- Secție ambulatorie autonomă – pacienți incluși pe listele sălilor de operații cu spitalizare

Publicațiile care promovează chirurgia de o zi se concentrează adesea pe eficiența unităților autonome și a celor cu propriile lor săli de operații în special. Unitățile autonome integrate în spitalul principal și secțiile autonome de o zi care folosesc săli de operații dedicate sunt cele mai frecvente tipuri de unități în Europa, în timp ce în SUA există o proporție mai mare de unități independente. Există avantaje și dezavantaje pentru fiecare tip de serviciu, însă este important să ne amintim că toate variațiile pot fi făcute funcționale dacă parcursul pacientului este clar și dacă echipa locală este bine organizată.

Unități autonome – independente

Acest tip de unitate aduce avantajele unor cheltuieli reduse în SUA și acest lucru poate fi văzut și în cazul Centrelor Independente de Tratament din Marea Britanie. Cu toate acestea, există mai puține unități autonome în Europa care nu sunt deținute de un spital principal și, prin urmare, trebuie să își asume o parte din toate cheltuielile generale ale trustului. Parcarea, o problemă majoră pentru multe spitale europene, nu este o problemă de obicei. Cu toate acestea, unitățile independente aduc probleme care cresc odată cu distanța față de furnizorul principal de personal medical și paramedical. Serviciile de asistență, de la servicii de fizioterapie și de laborator la terapie intensivă și radiologie, sunt la distanță față de unitate. Există clinici ambulatorii la locație? Dacă nu, înseamnă mai multe deplasări pentru pacienți dacă se utilizează evaluarea pre-internare. Timpul de deplasare a personalului medical la și de la unitate poate fi o utilizare ineficientă a unei resurse valoroase. Selecția pacienților trebuie să fie mai riguroasă, iar gama de proceduri care pot fi efectuate este mai limitată. Acest lucru poate fi atenuat dacă unitatea dispune de o facilitate de ședere peste noapte care are acoperire medicală – acest fapt va reduce necesitatea de a transfera cazurile de o zi eșuate la o facilitate majoră, permițând astfel gestionarea unor cazuri mai provocatoare.

Chirurgia bazată pe cabinet

Asigurarea unei intervenții chirurgicale într-o zonă adecvată din 'cabinetul chirurgilor' este populară în unele țări. Pentru chirurg, oferă rentabilitate maximă a investiției pentru facilitățile lor. Cu toate acestea, procedurile care pot fi efectuate și tipurile de pacient care pot fi selectate sunt factori limitativi. Există îngrijorări reale legate de reglementarea acestor facilități și de siguranța pacienților.

Unitate integrată

Acest tip de unitate este văzut de mulți ca fiind ideal. Sunt disponibile servicii complete de asistență și este ușor pentru pacienți să viziteze unitatea în ziua în care vizitează clinica ambulatorie pentru evaluarea preoperatorie. Nu există nicio pierdere de timp medical din cauza deplasărilor și, dacă apar lucruri neașteptate, de exemplu pacientul care necesită o laparotomie în urma unei hemoragii necontrolate în cursul unei proceduri laparoscopice, este ușor să se efectueze procedura și să se interneze pacientul într-o facilitate corespunzătoare, dacă este necesar, de exemplu salon, unitate de terapie intermediară sau chiar unitate de terapie intensivă.

Secție de o zi cu sală/săli de operații dedicată/e în blocul operator principal

Distanța dintre zona secției și blocul operator principal este importantă în această situație. Eficiența chirurgiei ambulatorii depinde de mutarea rapidă a pacienților în sala de operații, astfel încât timpul valoros pentru sala de operații să nu fie pierdut. Prin urmare, transferul eficient al pacienților este important și devine tot mai dificil prin separarea zonei sălii de operații de zona saloanelor. Totuși, utilizarea zonelor de îngrijire a pacienților apropiate de sala de operații poate rezolva această problemă. Un considerent adesea uitat este experiența din sala de recuperare sau din unitatea de îngrijire postoperatorie. Gestionarea recuperării în prima etapă a pacienților este un aspect important al succesului chirurgiei de o zi – personalul care utilizează practica chirurgicală de internare poate întârzia sau poate chiar împiedica externarea pacientului cu caz de o zi.

Secție ambulatorie – fără săli de operații dedicate

Trebuie să specificăm foarte clar că acest lucru este un mod foarte nesatisfăcător de a asigura intervenții chirurgicale de o zi și că nu este recomandat de IAAS. Această configurație începe nu numai să reducă eficiența chirurgiei ambulatorii, dar poate avea și efecte grave asupra calității serviciilor pentru pacienții de o zi. Este posibil ca pacienții internați în secția de chirurgie de o zi să trebuiască să aștepte o perioadă lungă pentru operația lor dacă apar la sfârșitul unei liste după cazurile importante. Este nepotrivit să se ocupe jumătatea de oră ocazională de la sfârșitul unei liste pentru a efectua o intervenție chirurgicală de o zi, pentru că ar fi trebuit să fie realizată la începutul listei, pentru a asigura un timp maxim de recuperare. Riscul de anulare este, de asemenea, mare, dacă urmează după un caz mare. Punerea lor la începutul listei este mai satisfăcătoare, dar poate și să ducă la problema unor liste care depășesc timpul alocat – o problemă mult prea familiară pentru cei cu experiență în sala de operații. Cu toate acestea, sunt gestionate; tendința este să nu se acorde cazurilor de o zi gradul de atenție de care au nevoie și, astfel, rata de succes a chirurgiei de o zi este redusă.

Ne dăm seama că situația de mai sus poate fi inevitabilă mai ales la început. Problemele ridicate pot fi ajutate prin atenta organizare. Existența unei rute clare a pacientului, astfel încât pacientul, personalul de îngrijire al secției și personalul din sala de operații să înțeleagă cu toții că pacientul este un caz de o zi, poate ajuta. Existența unor asistente medicale în camera de recuperare din sălile de operații, care sunt educate în chirurgia de o zi și care fac parte din echipa care introduce serviciul, poate conta foarte mult.

Secțiunea 3. Aspecte organizatorice

Conducătorul clinic

Fiecare unitate de chirurgie de o zi ar trebui să aibă un conducător sau un director clinic care are un interes special în chirurgia cazurilor de o zi și care va conduce dezvoltarea politicilor locale, a liniilor directoare și a guvernării clinice în acest domeniu. Un anestezist sau chirurg de specialitate cu experiență managerială este ideal pentru un astfel de post. Acest individ ar trebui să aibă timp suficient alocat în contractul său pentru această responsabilitate. În eseurile însoțitoare veți găsi o secțiune care explorează în continuare rolul de conducător clinic al anestezistului, dar nu uitați că acest lucru se poate aplica și colegilor chirurgicali interesați de chirurgia ambulatorie.

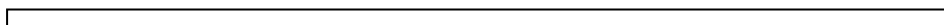
Conducătorul asistenței medicale

Fiecare unitate necesită, de asemenea, și personal adecvat condus de o asistentă medicală principală, care asigură administrarea de zi cu zi a unității în legătură cu directorul. Se așteaptă ca asistenta principală responsabilă de unitatea de chirurgie de o zi să își petreacă majoritatea timpului său în unitatea respectivă. Activitatea interactivă a membrilor principali ai personalului asigură o înțelegere valabilă a oricăror probleme care pot apărea în practica de zi cu zi și va permite rectificarea mai rapidă a acestora. Nivelurile de personal vor depinde de tipul de facilități și de munca întreprinsă, dar și de preferințele locale. Unitatea de chirurgie de o zi ar trebui să aibă personal de înaltă calitate, precum și personal propriu de îngrijire. Recomandăm ca fiecare unitate de chirurgie de o zi să își formuleze propria structură de personal care ia în considerare nevoile locale.

Grupul operațional

Fiecare unitate ar trebui să aibă un grup operațional care ar trebui să supravegheze funcționarea de zi cu zi a unității. Acesta poate include reprezentanți din anestezie, chirurgie, asistența medicală a spitalului, asistența medicală comunitară, practica generală, farmacie, management, finanțe, audit și îngrijire auxiliară. Acest grup ar trebui să convină asupra unei politici operaționale, să definească un calendar, să analizeze orice probleme operaționale și să organizeze strategii de audit. Aceștia ar trebui să se întâlnească în mod regulat, iar orice probleme ridicate trebuie să fie abordate de conducerea spitalului.

În Anexa A veți găsi o descriere a avantajelor potențiale ale gestionării unei unități de chirurgie de o zi de către un anestezist.



Secțiunea 4. Evaluarea preoperatorie

Chirurgia ambulatorie de succes necesită selecția atentă a pacienților și luarea în considerare a experienței echipei implicate. Prin urmare, ceea ce poate fi adecvat pentru o specialitate (și, desigur, pentru o anumită operație) într-o anumită circumstanță poate să nu fie adecvat pentru o alta. De exemplu, o extracție de cataractă efectuată sub anestezie locală poate fi efectuată pe o populație mult mai în vârstă și mai fragilă în comparație o artroscopie de umăr. Ca exemplu suplimentar, locațiile care nu sunt pregătite să se ocupe de copiii mici ca pacienți ambulatorii, ar putea să nu fie adecvate pentru astfel de pacienți în ciuda unei evaluări preoperatorii care arată stabilitate clinică și risc scăzut pentru operație.

Evaluările preoperatorii corespunzătoare sunt esențiale pentru buna funcționare a graficelor chirurgicale ambulatorii. Obiectivele evaluărilor preoperatorii eficiente sunt să fie organizate, eficiente, informative și relativ simple (dar cuprinzătoare). Existența acestor evaluări adecvate va duce la lipsa surprizelor în ziua intervenției chirurgicale și, ideal, la absența întârzierilor sau a anulărilor.

Evaluările preoperatorii pot fi efectuate în principal în două moduri diferite. Pacienții pot fi văzuți și evaluați într-o clinică de evaluare sau pot fi contactați prin telefon pentru aflarea istoricului lor medical. Fiecare sistem are avantaje și dezavantaje, o combinație a celor două fiind folosită, de asemenea, cu succes în mai multe țări. Vederea pacienților într-o clinică de evaluare are avantajul existenței interacțiunilor personale, al posibilității realizării unei examinări fizice și al efectuării testării preoperatorii, dacă este necesar. Un dezavantaj este că participarea pacienților la sesiune ar putea să nu fie convenabilă. Clinica de evaluare poate fi condusă de personal

medical instruit corespunzător, toți pacienții fiind văzuți înainte de intervenția lor chirurgicală – acesta este, de obicei, modelul în Marea Britanie, în timp ce alte țări efectuează aceste evaluări clinice cu anesteziști. Interviurile telefonice preoperatorii sunt sistemul cel mai frecvent utilizat în SUA. Un astfel de sistem s-a dovedit a fi ușor și convenabil, dar se bazează pe pacienți cu cunoștințe corespunzătoare despre istoria lor medicală. De asemenea, depinde de realizarea unei examinări fizice și a unei testări preoperatorii în facilități externe și de trimiterea rezultatelor.

Indiferent de modelul folosit, conducerea acestui serviciu este cel mai bine asigurată de un conducător clinic din secția de anestezie. Este important ca aceștia să dezvolte linii directe pentru screening-ul pacienților care sunt acceptați de către colegii lor anesteziști. De asemenea, este necesar să existe un sistem pentru abordarea problemelor identificate de personal în timpul acestui proces de screening. În general, testarea preoperatorie trebuie limitată la circumstanțele în care rezultatele afectează tratamentul pacientului și rezultatele. Fiecare țară poate avea, de asemenea, propriile linii directe, dar cele produse de NICE (Marea Britanie), Societatea Americană a Anesteziștilor (SUA) și Societatea de Anestezie Ambulatorie (SUA) au fost folosite de multe alte țări. Trebuie puse în aplicare dispoziții pentru ca toate testele corespunzătoare să poată fi efectuate în momentul evaluării (sau aproape de momentul evaluării, în cazul în care se efectuează interviuri telefonice) și trebuie să existe și un mecanism pentru analiza tuturor investigațiilor efectuate. Trebuie reamintit că evaluarea preoperatorie este, în egală măsură, un moment important pentru a începe educarea pacientului și a aparținătorilor săi despre operație și îngrijirea postoperatorie.

Evaluarea include două categorii principale.

- 1) Socială
- 2) Medicală

Evaluarea socială

Pacientul trebuie să fie dispus să treacă printr-o intervenție chirurgicală într-o facilitate pentru cazurile de o zi și, în cele mai multe cazuri, ar trebui să existe un adult responsabil capabil și dispus să aibă grijă de pacient pentru cel puțin primele douăzeci și patru de ore. Pacienții și/sau aparținătorii săi ar trebui să aibă acces ușor la telefon, iar situația de acasă a pacienților trebuie să fie compatibilă cu îngrijirea postoperatorie. Timpul de deplasare de la locul în care se efectuează intervenția chirurgicală depinde de procedură, dar, în general, 1 oră este considerată ca fiind o limită rezonabilă.

Evaluarea medicală

Pacientul și îngrijitorul său trebuie să fie capabili să înțeleagă procedura planificată și îngrijirea postoperatorie ulterioară. Pacientul trebuie să fie deplin apt sau bolile cronice, precum astmul, diabetul, hipertensiunea arterială sau epilepsia, trebuie să fie bine controlate. Pacienții trebuie selectați în conformitate cu starea lor fiziologică constatată în timpul evaluării. În multiple studii s-a demonstrat că testele de laborator de rutină NU reduc incidența evenimentelor perioperatorii la pacienții supuși chirurgiei ambulatorii. Această testare ar trebui să se concentreze pe elementele care ar putea modifica managementul perioperator al pacienților. Așa cum am menționat anterior, este importantă stabilirea unui consens între conducătorul clinic și colegii anesteziști despre screening-ul medical.

Vârsta

Starea și sănătatea fiziologică ar trebui să fie luate în considerare, mai degrabă decât limitele arbitrare de vârstă. O excepție în acest sens ar fi sugarii care s-au născut prematur și sunt în intervalul vârstei post-gestaționale de 60 de săptămâni. În mod obișnuit, este acceptat faptul că un astfel de pacient ar trebui să fie internat postoperatoriu pentru observație datorită riscului de apnee de prematuritate.

Tensiunea arterială

S-au scris multe în trecut despre importanța controlului tensiunii arteriale și a anesteziei. Cu toate acestea, publicațiile mai recente au separat necesitatea controlului pe termen lung al hipertensiunii arteriale ca parte a sănătății generale a pacientului de riscurile asociate anesteziei și intervenției chirurgicale. Nu există nicio dovadă care să sprijine respingerea pacienților cu hipertensiune arterială ușoară spre moderată de la o intervenție chirurgicală electivă. Cu toate acestea, trebuie să fie evidențiați către medicul lor primar, astfel încât evaluarea hipertensiunii lor să poată fi realizată.

Indicele de masă corporală (IMC)

IMC este folosit ca parte a criteriilor de selecție de cele mai multe unități de chirurgie ambulatorie. Este o măsură a obezității și se calculează prin împărțirea greutății pacientului (măsurate în kilograme) la pătratul înălțimii sale (măsurate în metri).

Aceasta este o zonă care s-a confruntat cu o schimbare majoră – cu câțiva ani în urmă, pacienții cu un IMC mai mare de 30 erau considerați nepotriviți pentru chirurgia ambulatorie. Progresele înregistrate de tehnicile chirurgicale și anestezice au însemnat că pacienții cu un IMC mult mai mare, care sunt în formă în rest, sunt acum acceptați. Deși unele unități acceptă acum un IMC de 40 sau mai mare, este mai prudent să se înceapă cu o limită mai mică care să fie crescută pe măsură ce dobândeți experiență și încredere în managementul acestor pacienți.

Apneea de somn

Pacienții cu apnee de somn supuși intervențiilor chirurgicale ambulatorii au fost un subiect major de dezbatere în multe țări, în special deoarece mulți dintre acești pacienți nu au un diagnostic oficial în acest sens la momentul intervenției chirurgicale. Interesant, mai multe studii au arătat că nu există nicio diferență între complicațiile pacienților cu apnee obstructivă de somn (OSA) și cei fără apnee obstructivă de somn supuși chirurgiei ambulatorii. Cu toate acestea, există mai multe categorii de pacienți cu apnee de somn pentru care chirurgia ambulatorie nu este recomandată:

- Pacienții cu apnee de somn centrală
- Pacienții cu OSA severă fără condiții comorbide optimizate
- Incapacitatea pacienților de a urma instrucțiunile de după externare, inclusiv conformitatea cu presiunea continuă pozitivă în căile aeriene (CPAP)
- Pacienții care refuză categoric să folosească CPAP în timpul nopții după externare
- Pacienții pentru care sunt necesare opioide cu acțiune îndelungată

Managementul acestor pacienți poate fi complicat și trebuie să existe o coordonare adecvată a disponibilității postoperatorii a echipamentelor (cum ar fi aparatele CPAP) pentru pacienți.

Diabetul zaharat

Diabetul afectează 2-3% din populație și nu ar trebui să fie o contraindicație pentru chirurgia ambulatorie. Cu toate acestea, atunci când se analizează pacienții diabetici pentru chirurgia ambulatorie, este important să se evalueze stabilitatea bolii și ca pacienții să înțeleagă controlul diabetului lor. Asociația Britanică a Chirurgiei de o Zi a elaborat un ghid util privind managementul acestor pacienți.

În cele din urmă, este important să subliniem din nou că această secțiune s-a referit la evaluarea pacientului. Selectarea pacienților în unitatea dumneavoastră de chirurgie ambulatorie va fi influențată și de

- Experiența echipei implicate
- Tipul de unitate – autonomă, cu sau fără disponibilitatea șederii peste noapte etc. și
- Tipul de intervenție chirurgicală care va fi realizată

Experiența a demonstrat că este mai ușor să se înceapă cu criterii restrictive care selectează acei pacienți au o probabilitate mai mare de a reuși și să se extindă treptat aceste criterii, pe măsură ce unitatea dumneavoastră dobândește experiență. Evaluarea preoperatorie este o ocazie excelentă de a educa pacientul despre intervenția sa chirurgicală, despre ce se va întâmpla în timpul vizitei sale la unitatea de zi și la ce ar trebui să se aștepte după operație. Acest lucru poate fi întărit prin utilizarea unor informații scrise, despre care vom vorbi în secțiunea următoare.

Rolul asistenței medicale în acest proces este prezentat în Anexa G.

Secțiunea 5. Informarea pacienților

Comparativ cu pacienții supuși unei intervenții chirurgicale tradiționale, pacienții supuși intervențiilor chirurgicale ambulatorii au o responsabilitate sporită pentru pregătirea lor preoperatorie și pentru recuperarea lor după intervenția chirurgicală la domiciliu. Timpul petrecut pentru pregătirea unui pacient pentru o intervenție chirurgicală ambulatorie într-o unitate chirurgicală este mai mic decât cel pentru intervențiile chirurgicale cu internare.

Prin urmare, furnizarea de informații corespunzătoare despre toate etapele procesului chirurgical este importantă nu numai pentru a asigura succesul procedurii, ci și pentru siguranța pacienților. O politică eficientă pentru furnizarea de informații vizează:

- Pregătirea psihologică a unui pacient pentru intervenția chirurgicală;

- Educarea pacientului despre procedura în cauză și îngrijirea pre- și postoperatorie;
- Minimizarea riscurilor în perioada postoperatorie;
- Îmbunătățirea satisfacției pacientului față de experiența generală a chirurgiei de o zi și contribuția la reducerea anxietății;
- Obținerea consimțământului informat pentru operație.

Un pacient informat este capabil să se adapteze mai bine la intervenția chirurgicală și este mai puțin probabil să provoace anulări sau întârzieri sau să revină pentru vizite la camera de urgență sau reinternare. Informațiile despre aspectele medicale și organizatorice trebuie furnizate pacientului într-un mod structurat. Utilizarea informațiilor verbale și scrise este esențială; unele informează, în timp ce celelalte întăresc și vice-versa. Alte forme de informare, cum ar fi clipurile video sau internetul, pot fi, de asemenea, luate în considerare. Informațiile trebuie să fie consecvente pe parcursul întregului proces de îngrijire, de la medicul curant la personalul facilității și cei implicați în îngrijirea post-tratament. Ar trebui să permită pacienților să preia frâiele îngrijirii proprii pe cât posibil. În cele din urmă, rolul fiecărui angajat în furnizarea de informații trebuie identificat, iar calendarul furnizării de informații trebuie să fie coordonat, deoarece pacienții vor intra în contact cu și vor primi informații, în diferite etape, de la personalul administrativ, de îngrijire și chirurgical.

Un eseu extins este prevăzut în Anexa B despre importanța și designul informării adecvate a pacientului și a aparținătorilor. Acesta include exemple de pliante și link-uri utile spre site-uri de internet cu exemple bune pe care le puteți accesa.

Secțiunea 6. Proceduri adecvate pentru chirurgia ambulatorie

Procedurile pot fi efectuate ca un caz de o zi dacă există un control satisfăcător al simptomelor postoperatoriu și dacă pacienții își recapătă capacitatea de a bea și de a mânca într-un termen rezonabil după finalizarea intervenției chirurgicale. Durerea, greața și vărsăturile trebuie să fie controlate și, de preferință, pacientul ar trebui să fie capabil să se mobilizeze într-o oarecare măsură. Entuziaștii forțează limitele pentru ceea ce este posibil în întreaga lume – prostatectomia radicală, nefrectomia laparoscopică și chiar înlocuirea șoldului au fost gestionate ca și cazuri de o zi. Au fost elaborate noi tehnici de operare, cum ar fi chirurgia endoscopică și alte tipuri de chirurgie minim invazivă, iar chirurgii au devenit tot mai conștienți de chestiuni importante, precum selecția și îngrijirea corespunzătoare perioperatorie a pacientului în chirurgia ambulatorie. Cu toate acestea, principiul fundamental ar trebui să fie acela că intervenția chirurgicală întreprinsă ca un caz de o zi trebuie să se bazeze pe siguranța dovedită a pacienților și calitatea îngrijirilor; prin urmare, unitățile ar trebui să fie atente atunci când introduc proceduri noi.

Chirurgia ambulatorie a fost limitată inițial la procedurile care durează mai puțin de 60 de minute. Cu toate acestea, cu o selecție corespunzătoare a pacienților, cu utilizarea unor agenți anestezici moderni și îngrijire postoperatorie atentă, proceduri chirurgicale mai lungi sunt acum efectuate în mod regulat. Multe unități nu au o durată maximă specificată pentru operație. Unele spitale au dezvoltat facilități de ședere de 23 de ore pentru a sprijini introducerea mai multor proceduri majore și pentru a aborda complicațiile postoperatorii fără reinternarea la un alt spital. Acestea pot asista transferul unei operații de la internare la arena chirurgiei ambulatorii și extind utilizarea capacității totale a sălilor de operații pentru chirurgia ambulatorie până seara devreme.

Puteți găsi o examinare aprofundată a procedurilor care pot fi potențial efectuate ca și cazuri de o zi în Anexa D.

Secțiunea 7. Ziua internării

Pacientul ar trebui să fie internat în unitate și trebuie realizată o verificare pentru a vă asigura că nu au existat modificări ale sănătății și ale circumstanțelor de la domiciliul său. Pacienții trebuie examinați atât de chirurgul, cât și de anestezistul care va avea grijă de ei.

Managementul perioperator

Controlul durerii

Succesul chirurgiei ambulatorii depinde de managementul durerii postoperatorii. Durerea trebuie evaluată pe tot parcursul șederii pacienților. De obicei, acest lucru este efectuat la adulți utilizând o scală vizuală analogă (SVA) care constă dintr-o riglă de 10 cm cu cuvintele 'fără durere' la început și 'cea mai puternică durere imaginabilă' la sfârșit. Pacientul este rugat să pună o cruce într-o poziție de pe riglă care reprezintă cât de multă durere resimte în acel moment. Distanța de-a lungul riglei este măsurată și înregistrată. O măsură mai mică de 3 cm este acceptată frecvent ca indicând o analgezie acceptabilă. Controlul durerii necesită o abordare multimodală sau echilibrată care folosește anestezia locală, medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), paracetamol, opioide cu durată scurtă de acțiune (alfentanil, fentanil) și evitarea opioidelor cu acțiune îndelungată (morfină) acolo unde este posibil.

Managementul durerii necesită o abordare în echipă care implică chirurgul, anestezistul și personalul de îngrijire medicală. De exemplu, durerea la sfârșitul intervenției chirurgicale laparoscopice poate fi minimizată prin

- Infiltrarea anesteziei locale în locurile porturilor **înainte** ca acestea să fie inserate
- Evacuarea unei cantități cât mai mari posibile de dioxid de carbon din abdomen
- Folosirea lavajului peritoneal cu ser fiziologic la sfârșitul procedurii

Anestezia prin infiltrație

Infiltrarea locației operatorii cu anestezic local este simplă, sigură și oferă o analgezie satisfăcătoare după cele mai multe operații. Există dovezi că infiltrarea anesteziei locale înainte de incizia pe piele oferă o analgezie postoperatorie mai bună și poate reduce cerințele analgezice intraoperatorii. Anestezicele locale precum picăturile pentru ochi sau cremele anestezice locale, de exemplu crema EMLA, oferă, de asemenea, o analgezie postoperatorie eficientă pentru procedurile chirurgicale care implică strabismul și circumcizia.

AINS

AINS trebuie administrate ori de câte ori nu există contraindicații. Utilizarea căilor de administrare intravenoase sau rectale nu este necesară și există dovezi că administrarea orală a primei doze cu aproximativ o oră înainte de operație produce o ameliorare a durerii mai bună și mai durabilă.

Paracetamolul

Paracetamolul are un profil de siguranță și analgezie bine stabilit și reduce nevoia de opioide mai puternice, cu efectele lor secundare nedorite. Paracetamolul intravenos este disponibil în mai multe țări, dar este scump – doza orală corespunzătoare administrată preoperatoriu ar trebui să facă parte din abordarea multimodală a reducerii durerii.

Anestezia regională

Blocurile nervoase periferice pot oferi condiții excelente pentru chirurgia ambulatorie. Pacienții pot fi trimiși acasă cu blocadă senzorială sau motorie reziduală, cu condiția ca membrul să fie protejat, iar pacientului să îi fie disponibilă asistența la domiciliu.

Introducerea anesteziei spinale în doză mică a crescut adecvarea blocadei neuronale centrale pentru chirurgia ambulatorie. Aceasta poate fi utilă pentru procedurile care vizează membrele inferioare, perineul și abdomenul inferior și poate permite pacienților mai problematici să fie abordați ca un caz de o zi. Utilizarea acelor tip vârf de creion cu dimensiune mică a redus incidența cefaleei post-puncție durală la mai puțin de 1%.

O analiză a managementului durerii și a prevenirii grețurilor și vărsăturilor postoperatorii poate fi găsită în Anexa E. Rolul asistenței medicale în acest proces este prezentat în Anexa G.

Secțiunea 8. Procesul de recuperare

Prima etapă de recuperare

Aceasta constituie perioada inițială de recuperare după anestezie, începe de la predarea pacientului în îngrijirea asistentei care se ocupă de recuperare până când pacientul este amplasat în salon. În chirurgia ambulatorie, scopul ar trebui să fie asigurarea faptului că pacientul se trezește fără dureri, fără greață și că se orientează rapid. Acest lucru va minimiza volumul de timp în care pacientul trebuie să rămână în camera de recuperare. Chiar și în cele mai bune mâini, pacienții vor dezvolta probleme în camera de recuperare și este important ca personalul de asistență medicală să aibă protocoale convenite de către secția de anestezie pe care să le poată urma pentru managementul grețurilor, vărsăturilor și durerilor postoperatorii. Scopul ar trebui să fie controlul cât mai rapid posibil al acestora, pentru a se asigura trecerea fără probleme înapoi în zona saloanelor pentru a doua etapă de recuperare. Este important să se rețină că facilitățile necesare pentru camera de recuperare vor fi similare cu cele pentru chirurgia cu spitalizare. Criteriile de externare vor fi, de asemenea, similare.

A doua etapă de recuperare

Aceasta este o fază importantă a procesului chirurgical ambulatoriu, iar managementul și educația pacientului și a îngrijitorului său în timpul celei de-a doua etape de recuperare sunt esențiale pentru succesul nostru. Această etapă, mai mult decât oricare alta, poate însemna diferența dintre a furniza un serviciu de calitate sau ceea ce este văzut doar ca parte a unei 'linii de producție' sau a unei 'benzi rulante'. În plus, succesul în această etapă poate afecta rata de internare din unitatea dumneavoastră de zi. În acest sens, este esențial ca pacienților să li se dea timp să se recupereze și să nu se simtă presați să plece prea devreme. Cu toate acestea, este de asemenea important ca personalul să aibă o rutină pentru mobilizarea pacienților. Această rutină nu numai că va trebui să fie diferită pentru diverse specialități și operații, dar va trebui și să varieze între chirurgii din aceeași specialitate și pentru diferiți pacienți.

Mediul

Utilizarea paturilor nu este recomandată în chirurgia ambulatorie, pentru că acesta întăresc 'rolul pacientului' în mințile pacienților noștri, ale îngrijitorilor lor și chiar și ale personalului medical și de îngrijire.

Folosirea cărucioarelor introduce imediat tuturor conceptul că aceasta este o vizită scurtă la spital. Cărucioarele potrivite ajută prin:

- Reducerea mutării manuale a pacienților (reducerea pericolelor pentru pacient și personal într-o zonă de transfer rapid) și
- Asistarea în mobilizarea postoperatorie a pacientului

Fiecare unitate de zi trebuie să evalueze cărucioarele disponibile pe piață și să le găsească pe cele care corespund populației sale de pacienți și tipului de intervenții chirurgicale efectuate. În mod ideal, căruciorul ar trebui:

- Să aibă o saltea confortabilă rezonabil de groasă (pentru că pacientul poate petrece mai multe ore pe ea)
- Să aibă un interval larg de reglare pe înălțime (un cărucior care înlătură necesitatea treptelor pentru urcare și coborâre va fi în mod inerent mai sigur)
- Să satisfacă toate cerințele chirurgicale (lățime, reglare pe înălțime, anexe)
- Să satisfacă toate cerințele anestezice (ușurința de așezare cu capul în jos, ușor de împins!)
- Să satisfacă cerințelor de siguranță (laterale adecvate pentru a preveni căderea pacientului, capacitate de rezistență la greutatea maximă a pacientului admis în unitatea de zi, adaptabilitate pentru uz pediatric)

Prin urmare, este evident că considerațiile anestezice formează numai o parte din proiectarea unui cărucior reușit pentru chirurgia de o zi. Selecția atentă poate aduce beneficii pentru toți utilizatorii, dar, din păcate, poate exista și nevoia unui anumit grad de compromis.

Unitatea de zi ar trebui să aibă, de asemenea, un număr suficient de scaune rabatabile pentru a permite ajustarea pacienților în poziție semi-culcată, deoarece acest lucru poate ajuta ca parte a acestui proces continuu de pregătire a pacienților pentru externare. Zona de saloane utilizate trebuie să aibă, de asemenea:

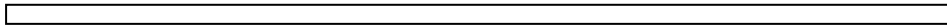
- Personal suficient pentru a permite monitorizarea și educarea pacientului
- O atmosferă odihnitoare liniștită
- Intimitate
- Facilități ample de baie/toaletă
- Facilități pentru asigurarea lichidelor și a alimentelor

Sugestii și sfaturi

Alegerea alimentelor și a lichidelor potrivite în procesul de recuperare poate afecta foarte mult rata de succes și calitatea serviciilor percepută de pacienții dumneavoastră. Mulți dintre cei care au lucrat în secțiile de nașteri din maternități vor fi conștienți de efectul mirosului de pâine prăjită asupra papilelor dumneavoastră gustative. Acesta pare să funcționeze la pacienții din chirurgia ambulatorie și merită să fie avut în vedere. Pacienții au adesea o gură uscată după anestezie și sandwich-urile pot fi dificil de mâncat – se pare însă că pâinea prăjită cu unt este mult mai ușor de înghițit pentru pacienți.

Un sfat suplimentar care poate fi util este utilizarea terapiei de distragere a atenției la copii după o intervenție chirurgicală. Asigurarea unui aparat video/televizor și o rezervă de filme și desene animate preferate de copii transformă mulți copii care țipă (care se pot simți confuși, bolnăvicioși sau care au dureri) în ființe docile și liniștite.

Rolul asistenței medicale în acest proces este prezentat în Anexa G.



Secțiunea 9. Externarea și asistența pacienților

Fiecare pacient ar trebui să fie examinat în urma operației de către anestezistul și chirurgul implicați în îngrijirea sa. Cu toate acestea, în multe țări, evaluarea finală a momentului în care pacientul este gata pentru externare este efectuată de personalul de îngrijire. Fiecare unitate de zi trebuie să identifice clar criteriile de externare ca parte a unei politici scrise urmate de personal. Acestea trebuie să ia în considerare factorii sociali, precum și o evaluare medicală a recuperării suficiente pentru externare. Următoarea listă oferă zonele care trebuie acoperite

- Semnele vitale trebuie să fie stabile pentru cel puțin o oră
- Orientare spre moment, loc și persoană
- Controlul adecvat al durerii și existența unei rezerve de analgezice orale
- Înțelegerea modului de utilizare a analgezicelor orale furnizate și furnizarea de informații scrise despre acestea
- Capacitatea de a se îmbrăca și de a merge, după caz
- Greață, vărsături sau amețeli minime
- A primit cel puțin lichide orale
- Sângerare minimă sau drenajul rănilor
- Urinare (numai dacă este cazul pentru intervenția chirurgicală)
- Are un adult responsabil care să îl ia acasă
- A fost de acord să aibă un îngrijitor la domiciliu pentru următoarele 24 de ore
- Există instrucțiuni scrise și orale despre îngrijirea postoperatorie
- Știe când să revină pentru urmărire (dacă este cazul)
- A primit numărul de contact în caz de urgență.

Toți pacienții trebuie să primească instrucțiuni verbale și în scris la externare, care trebuie să includă detalii despre orice simptome pe care le-ar putea experimenta în primele 24 de ore după intervenția chirurgicală. Trebuie să se dea indicații despre a nu conduce pentru cel puțin 24 de ore, deși acest lucru va varia în funcție de operația efectuată. Mai multe informații despre utilizarea utilajelor, semnarea documentelor legale, revenirea la locul de muncă și despre momentul eliminării suturilor trebuie, de asemenea, furnizate. Toți pacienții trebuie să primească și informații despre ce trebuie să facă în caz de urgență și un număr de contact pe care să îl poată utiliza atunci când au nevoie de consiliere urgentă.

Atenția acordată acestor detalii ne ajută să ne asigurăm că pacientul se simte sprijinit, iar furnizarea unui număr de contact ajută la reducerea numărului de pacienți care își vizitează medicul primar (medicul generalist).

Sisteme de notare pot fi folosite ca parte a procesului de externare și unele dintre acestea sunt luate în considerare în Anexa A. Rolul asistenței medicale în acest proces este prezentat în Anexa G.



Secțiunea 10. Analgezia la externare

Obiectiv

Să se mențină un nivel acceptabil de analgezie cu efecte secundare minime după externarea din facilitatea chirurgicală de o zi.

Medicamente

Analgezia după externare dintr-o facilitate chirurgicală ambulatorie se bazează pe

- Paracetamol
- AINS
- Opioide
- Analgezia locală
- Analgezia topică

Paracetamolul

Paracetamolul este un pilon datorită profilului de siguranță și efectelor secundare puține. Efectul este limitat și adesea necesită sprijin prin medicamente cu acțiune mai puternică. Doza orală este de preferat atunci când este posibil, deoarece dozele rectale sunt absorbite imprevizibil.

AINS

AINS constituie pasul următor. Ibuprofenul și naproxenul au cel mai favorabil profil de risc cardiac. AINS pot fi administrate în funcție de necesități sau la intervale fixe, în funcție de necesități. Acțiunea rapidă a ibuprofenului este utilă în utilizarea funcție de necesități. Medicamentele selective de Cox-2 oferă o inhibare redusă sau deloc a trombocitelor, dar riscul de complicații cardiace este mai mare.

La pacientul fragil sau în vârstă, funcția renală trebuie luată în considerare mai ales dacă pacientul ia un inhibitor de ACE; doza de AINS și durata trebuie să fie reduse în mod corespunzător, iar inhibitorii de pompă de protoni trebuie prescriși cu generozitate.

Opioidele

Atunci când alte măsuri nu reușesc să realizeze analgezia adecvată, pacientul poate avea nevoie de opioide după externare. Preparatele de morfină orală și oxycodona sunt folosite pe scară largă. Deși codeina este încă în uz regulat, 5% din caucazieni nu dispun de enzima necesară pentru conversia codeinei în morfină, în timp ce alții sunt metabolizatori ultrarapizi și riscă reacții adverse crescute. Din aceste motive, multe unități nu folosesc codeina în chirurgia de o zi.

La externare, pacienților li se poate administra o doză limitată de opioide și laxativ pentru utilizarea în funcție de necesități la domiciliu.

Anestezia locală

Durata analgeziei locale poate fi prelungită prin conectarea unei pompe mecanice de unică folosință la un cateter interior introdus de-a lungul nervilor periferici sau ca un cateter pentru rană. După instruire, pacientul poate scoate cateterul la un moment stabilit.

Anestezia topică

Formulările care conțin lidocaină pot fi utile după chirurgia oftalmică, circumcizie și alte operații cu dureri localizate ale mucoasei.

Aprovizionarea cu medicamente analgezice

Aceasta va depinde de uzanța și practica serviciului medical local. Dacă nu vor fi furnizate medicamente, atunci pacientul trebuie să primească informații preoperatorii despre necesitatea analgezicelor, astfel încât să se poată aproviziona cu medicamente înainte de operație. În cazul în care se furnizează medicamente, atunci cantitatea estimată de analgezice și adjuvante poate fi dată pacientului la externare. Cantitatea înmănată trebuie să fie documentată.

Informarea

Informațiile la externare trebuie să includă dozele zilnice maxime recomandate de paracetamol și AINS, necesitatea laxativelor atunci când se iau opioide și posibila necesitate pentru inhibitorii de pompă de protoni.

O examinare mai aprofundată a acestui subiect este acoperită de către autorii Anexei A și ai Anexei E.

Secțiunea 11. Monitorizarea calității – utilizarea auditului și a standardelor

Auditul și acțiunea ulterioară au o importanță fundamentală pentru practica de succes a chirurgiei ambulatorii. În plus, eșecul de a stabili standarde și de a implementa monitorizarea, auditul și măsurile de calitate satisfăcătoare va conduce la probleme pentru bolnavi, pentru medicii lor generaliști și, în cele din urmă, pentru unitatea de zi în cauză. Pe măsură ce mutăm activitatea clinică de la internare la chirurgie ambulatorie, este important ca această activitate clinică să fie monitorizată și verificată pentru a ne asigura că problemele întâmpinate de pacienți sau de colegii din medicina primară sunt rapid identificate și rectificate. Trecerea la chirurgie ambulatorie este, probabil, cea mai mare schimbare în practică din orice serviciu medical și necesită o gestionare eficientă. În cazul în care calitatea este compromisă în orice fel, pacienții sunt afectați și este important să identificăm acest lucru și să ne ocupăm de el rapid.

Monitorizarea

Monitorizarea poate fi definită ca menținerea unei supravegheri regulate și poate include chiar și conceptul de reglementare. Combinația dintre supraveghere și reglementare este utilă pentru discuția noastră. Monitorizarea permite unei unități de zi să își analizeze performanța în raport cu niște standarde explicite. Standardele în acest context pot fi definite ca măsurile convenite prin care se poate aprecia performanța sau realizarea. Ele pot fi stabilite la nivel local (de către o unitate), la nivel național (de către guvern) sau internațional (Standardele IAAS) și oferă un etalon cu care se poate măsura performanța.

Exemplele de factori adecvați pentru monitorizare includ

- Numărul de anulări ca urmare a constatării pacientului ca nepotrivit în ziua intervenției chirurgicale
- Proporția de pacienți internați peste noapte
- Proporția de pacienți reinternați în interval de o săptămână
- Rata de neparticipare
- Utilizarea timpului în sala de operații de către fiecare chirurg
- Proporția dintre intervențiile chirurgicale de o zi și intervențiile chirurgicale cu internare opțională
- Numărul de pacienți care contactează unitatea post externare cu probleme
- Numărul de pacienți care necesită intervenția generalistului după externare
- Numărul de pacienți anulați în ziua operației

Numărul de anulări în ziua intervenției chirurgicale oferă o indicație clară a eficienței serviciului de evaluare preoperatorie. Proporția de pacienți internați peste noapte oferă o avertizare timpurie a zonelor cu probleme care au nevoie de atenție. Motivele pentru toate internările trebuie să fie examinate cu atenție, sunt pacienții evaluați în mod corespunzător sau se efectuează operații necorespunzătoare în unitate? În mod similar, numărul de pacienți reinternați din cauza complicațiilor intervenției lor chirurgicale este important – operează chirurgul pacienți nepotriviti? De fiecare dată când un pacient nu participă, se pierde posibilitatea de a utiliza o resursă valoroasă, adică timpul de îngrijire și clinic care a fost alocat pentru managementul aceluși pacient. Numărul de pacienți care contactează unitatea cu probleme sau care necesită intervenția medicului lor generalist post externare oferă o indicație a problemelor legate de selectarea pacientului, tehnica anestezică, tehnica chirurgicală sau dispozițiile de externare.

Acestea sunt câteva dintre motivele pe care le-ați putea lua în considerare; monitorizând unele dintre aceste zone, vă puteți gândi și la altele care sunt mai importante pentru unitatea dumneavoastră.

Serviciul de urmărire telefonică

S-a constatat că urmărirea telefonică după chirurgie cazurilor de o zi este foarte utilă atunci când se dezvoltă chirurgie ambulatorie. Acest serviciu are două scopuri:

1. Să ofere suport post externare pentru pacienți,
2. Să colecteze date specifice pentru scopuri legate de audit în această perioadă postoperatorie precoce

Acest lucru sună foarte încurajator și pare dificil de conceput că un individ nu ar dori să fie contactat pentru a discuta despre cum se simte. Cu toate acestea, ca orice alt aspect al tratamentului sau al îngrijirii, pacienții au dreptul de a refuza și, deci, trebuie obținută permisiunea de a-i contacta la domiciliu înainte de externare. Deși un telefon nestructurat poate părea cea mai bună abordare pentru a menține caracterul familiar, utilizarea unui chestionar structurat va oferi un feedback mult mai bun pentru unitatea de chirurgie ambulatorie. Zonele care trebuie acoperite includ întrebări despre severitatea efectelor secundare postoperatorii, cum ar fi somnolența, durerile în gât, durerile de cap, durerile musculare, greața și vărsăturile. Acestea trebuie completate cu întrebări pentru a evalua gradul de durere trăit și cât de bine a fost controlat.

O analiză cuprinzătoare a standardelor, indicatorilor clinici și a calității este furnizată în Anexa F.

Anexa A: Rolul dublu al anestezistului în unitățile de chirurgie de o zi (DSU): un posibil model de organizare pentru conducerea unei secții de chirurgie de o zi

Jan H Eshuis, MD, anestezist, director

Centrul de Îngrijire de Zi, Centrul Medical Academic al Universității din Amsterdam j.h.eshuis@amc.nl

În mod tradițional, cunoaștem anestezistul drept individul care se ocupă în sala de operație cu diverse grade de cunoștință, care împiedică pacienții să simtă durere în timpul operației, care face injecții sofisticate în jurul fasciculiilor de nervi, care liniștește pacienții sau chirurgii și care este capabil să gestioneze cele mai complicate și mai dificile situații medicale și chirurgicale cu abilități de salvare a vieții și capabil să ia decizii de criză. Această sarcină cea mai originală a anesteziștilor este cea care este responsabilă pentru imaginea lor. Toate acestea sunt, însă, doar lucruri de bază, fundamentale; în chirurgia de o zi este vorba despre mai mult.

De la începutul anilor '80, domeniul de activitate al anestezistului s-a lărgit treptat. Probabil nu accidental, acest lucru este paralel cu începutul și creșterea treptată a chirurgiei de o zi. În această aceeași epocă, a apărut conceptul de anestezist ca medic perioperatoriu. Sarcinile sale s-au extins în afara sălii de operație, la evaluarea preoperatorie ambulatorie, sedarea în locații aflate la distanță, consultații pentru durere, terapie intensivă, asistență medicală de urgență în spital și în afara sa, în unități de ambulatoriu și așa mai departe. În special în ultimii ani, îngrijirea de zi este în creștere rapidă în multe țări.

În aceeași perioadă, rata chirurgiei ambulatorii din Olanda a crescut la cel puțin 50% din toate procedurile chirurgicale. Deoarece nu se cunosc toate cifrele clinicilor private, acest procent ar putea fi de 55% sau chiar mai mult. În alte țări, dezvoltarea chirurgiei de o zi a fost chiar mai mare: în SUA se estimează a fi între 75 și 80% din toate intervențiile chirurgicale. La aceste niveluri de activitate, mulți anesteziști trebuie să trateze chirurgia de o zi ca parte a din volumul lor uzual de muncă.

În opinia mea, se pot lua în considerare două tipuri de roluri pentru medicul anestezist: unul într-o funcție de organizare, de gestionare în DSU, ca Director Medical, iar al doilea ca profesionist medical. Ca o consecință a lărgirii sferei de activitate menționate mai sus a medicul anestezist și a rolului existent tradițional de organizare a unui program individual în sala de operații, activitățile medicale și de gestionare ale anesteziștilor sunt tot mai interconectate.

În ceea ce privește conducerea: fiecare DSU trebuie să aibă un conducător sau un director clinic cu un interes special în chirurgia cazurilor de o zi și care va conduce dezvoltarea politicilor locale, a liniilor directoare, a contactelor din spital, a rapoartelor cu alți specialiști, a resurselor umane și a guvernării clinice în acest domeniu. Un anestezist cu experiență în management și un interes în chirurgia de o zi este ideal pentru un astfel de post. Niciun alt medic specialist nu are o prezență constantă similară în lanțul logistic al chirurgiei de o zi; acest lucru va fi explicat mai în detaliu mai jos. Niciun alt medic specialist nu interacționează cu atât de mulți alți doctori sau cu personalul auxiliar de pe traiectoria pacientului de la evaluarea preoperatorie, trecând prin sala de operații și apoi în secția de recuperare. De asemenea, anestezistul este utilizat pentru a gestiona listele din sala de operații. Acest post poate fi ocupat (și este, de multe ori) de un chirurg, dar acesta trebuie să depășească lipsa contactului zilnic cu alți medici, mai ales cu cei din afara propriei specializări, și are o perspectivă mai redusă asupra problemelor lor specifice. Directorul Medical trebuie să organizeze DSU, să dea instrucțiuni pentru selecția pacienților, trebuie să își creeze propriul personal dedicat și setul de echipamente din sala de operații. Fiecare unitate necesită, de asemenea, personal adecvat condus de o asistentă medicală principală, care asigură administrarea zilnică a unității în legătură cu Directorul Medical. Împreună, aceștia formează echipa centrală de gestionare și trebuie să organizeze un raport regulat cu toți specialiștii chirurgicali care operează în DSU, preferabil reprezentați de un purtător de cuvânt. Pot, de asemenea, să conducă Resursele Umane din unitate, să organizeze educația și să preia controlul programului central al planificării chirurgicale pe o bază săptămânală. În funcție de circumstanțele locale, unitatea ar putea avea nevoie de o a treia persoană în echipa de conducere, un manager financiar și administrativ. Acest lucru va depinde în mare măsură de structura facilității dumneavoastră: într-un spital mare, o unitate DSU încorporată este acoperită, de obicei, de un ofițer financiar mai departe în ierarhia spitalului. Într-o unitate de chirurgie de o zi autonomă, este, probabil, foarte înțelept să existe un coleg administrativ financiar în consiliu.

Care este lucrul care face rolul medicului anestezist atât de special? Analizând implicarea anestezistului în toate fazele, de la trimiterea de către medicul generalist (GP) la spital, până la externarea finală acasă a pacientului, rolul central jucat de medicul anestezist este izbitor. El este implicat în aproape fiecare parte a lanțului logistic care este chirurgia ambulatorie.

Trimis de un medic generalist la orice chirurg specialist, pacientul este considerat a fi apt pentru chirurgia de o zi de către chirurg. Pacientul este trimis la clinica de evaluare preoperatorie, unde adecvarea sa pentru chirurgia de o zi este cântărită de anestezist, cu ajutorul asistentelor medicale, și, dacă este indicat, la evaluarea de laborator (care niciodată nu trebuie să fie de rutină). Pacienții care sunt potriviți pentru chirurgia de o zi vor fi apoi programați. În unele unități, Directorul Medical controlează graficul central al ferestrelor pentru specialiștii chirurgicali, pentru a optimiza eficiența în DSU. În multe cabinete, un anestezist este implicat în mod regulat în programarea grilelor și a pacienților.

Apoi, în cele din urmă, procedura este efectuată, din nou cu implicarea strânsă a medicului anestezist; calificarea sa profesională va determina foarte mult succesul chirurgiei de o zi. După ce procedura este efectuată, pacientul este fie mutat rapid în salon, fie este internat la PACU (unitate de îngrijire post-anestezie sau camera de recuperare); din nou, acest lucru este, de obicei, administrat de secția de anestezie. Pacientul este mutat de asistenta PACU în stația următoare și finală, conform îngrijirii delegate și protocoalelor de externare folosind criteriile sau un sistem de notare. Și în unitatea anterioară (secția DSU) pacientul este externat de asistentă conform criteriilor de externare sau cu ajutorul scorului PADS al lui Francis Chung. Utilizarea listelor de notare pentru externare de la PACU, conform lui White / Aldrete, și mai târziu acasă din secție, potrivit lui Chung, este un mod fiabil și ușor condus de specialist și de asistente de a practica îngrijirea de zi. Medicul anestezist este cel care are responsabilitatea. Atribuind, pur și simplu, scorul 2, 1 sau 0, asistenta preia controlul semnelor vitale cum ar fi nivelul de conștiință, parametrii hemodinamici, durerea, PONV etc. Se asigură informare și educare. În cele din urmă, pacientul merge acasă, întotdeauna escortat de un adult responsabil pentru primele 24 de ore. Astfel, asistentele instruite pot aranja în condiții de siguranță trecerea de la camera de recuperare. Dacă pacientul îndeplinește aceste criterii deja în sala de operații la sfârșitul intervenției chirurgicale, poate fi mutat rapid în condiții de siguranță în salon, ocolind PACU. Un sistem similar este urmat de asistenta de salon în cazul tranziției de la unitate înapoi acasă.

Câteva cuvinte despre conținutul profesionist:

Conducerea unei liste sau a unui program individual de chirurgie de o zi înseamnă a fi un medic perioperator foarte pro-activ. Este esențial să planificați, să organizați blocurile nervoase periferice cu 2 ore înainte de ora programată și să câștigați timp mai târziu pe parcursul zilei! Utilizați agenți cu durată scurtă de acțiune, administrați o bună analgezie și încercați să reduceți incidența grețurilor și vărsăturilor postoperatorii (PONV). Medicul anestezist individual trebuie să dezvolte tehnici care permit pacienților să se supună procedurii de zi cu stres minim, confort maxim, dar totuși șansă optimă de externare timpurie, proiectând o tehnică care maximizează viteza și calitatea primei și celei de-a doua etape de recuperare.

Această prezentare nu își propune să acopere întregul conținut profesionist medical a anesteziei ambulatorii; unele probleme izbitoare și considerate, probabil, chestiuni provocatoare, vor fi discutate. Să ne concentrăm asupra selecției pacienților pentru chirurgia de o zi.

Fiecare pacient planificat pentru chirurgia de o zi trebuie luat în considerare pe baza unor probleme principale clasice: procedura, factorii pacientului, factorii sociali și posibilitățile facilității. Fiecare dintre acestea trebuie să fie compatibile cu chirurgia de o zi. La începutul anilor '80, când chirurgia de o zi a început, am văzut o trecere constantă spre granițe mai liberale. Intervenții chirurgicale tot mai complicate la pacienți cu comorbidități tot mai mari au fost efectuate treptat ca fiind cazuri de zi, iar vremurile au schimbat limitele fiecărei probleme. Un bun exemplu este durata procedurii – durata folosită trebuie să se limiteze la 90 de minute, dar în zilele noastre o durată de 3-4 ore nu este neobișnuită în chirurgia de o zi. În prezent, în propria mea unitate, am abandonat o limită superioară pentru vârstă, în timp ce, odată cu extinderea obezității, limitele IMC drept criteriu de selecție au fost actualizate la 40-45.

Mulți medici încă mai cred că doar ASA 1 sau 2 sunt acceptate. Permiteți-mi să dau un exemplu de dispariție a limitelor bazat pe dovezi pentru selecția pacienților pentru chirurgia de o zi. În multe manuale, sunt citate cazuri în care se permite ASA 3 în îngrijirea de zi și, deja în anii '90, aceste texte apăreau în cărți, dar mulți medici au respins ideea.

Unele studii care au ajutat au inclus

1. Într-un studiu Mayo clasic al lui Warner (JAMA 1993; 270:1437), a fost urmărită morbiditatea majoră și mortalitatea la 30 de zile după intervenția chirurgicală de o zi. Un total de 38.598 de pacienți cu vârstă de 18 ani și mai mare au trecut prin 45.090 de proceduri ambulatorii consecutive și anestezie. Un sfert dintre ei au fost ASA 3. Niciun pacient nu a murit din cauza unei complicații medicale într-un interval de 1 săptămână de la intervenția chirurgicală. Morbiditatea majoră a fost foarte scăzută: 31 de pacienți au dezvoltat morbiditate majoră (1:1455). Infarctul miocardic, deficitul nervos central, embolismul

pulmonar au avut toate cifre mici și adesea prezente după 48 de ore sau mai mult. Concluzie: În această populație chirurgicală ambulatorie mare, ratele generale ale morbidității și ale mortalității au fost foarte mici, distribuite în mod egal între grupul ASA 1, 2 și 3.

2. Chung și Mazei din Toronto (BJA 1999; 83:262-70) au estimat riscul de evenimente adverse perioperatorii la pacienții cu afecțiuni pre-existente care au trecut prin chirurgia cazurilor de o zi. Ei au studiat 17.638 de pacienți cu intervenții chirurgicale de zi consecutive într-un studiu prospectiv. Au fost colectate date preoperatorii, intraoperatorii și postoperatorii. Optsprezece afecțiuni preexistente au fost luate în considerare. După ajustarea după vârstă, sex și durata și tipul de intervenție chirurgicală, șapte asocieri între afecțiunile medicale preexistente și evenimentele adverse perioperatorii s-au dovedit semnificative statistic. Hipertensiunea arterială a prezis apariția oricărui eveniment intraoperatoriu și a evenimentelor cardiovasculare intraoperatorii. Obezitatea a prezis evenimente respiratorii intraoperatorii și postoperatorii, iar fumatul și astmul au prezis evenimente respiratorii postoperatorii. Refluxul gastro-esofagian a prezis evenimente legate de intubație.
3. Ansell și Montgomery (BJA 2004; 92:71-4) au efectuat o analiză controlată a cazurilor retrospective pe 896 pacienți ASA III care au trecut prin proceduri de o zi între ianuarie 1998 și iunie 2002, folosind sistemul computerizat existent de informații despre pacienți. Sistemul înregistrează ratele de internare, contactul neplanificat cu serviciile de asistență medicală și complicațiile postoperatorii în primele 24 de ore după externare. Nu au existat diferențe semnificative în ratele de internare neplanificate, contactul neplanificat cu serviciile de asistență medicală sau complicațiile postoperatorii în primele 24 de ore după externare între pacienții ASA III și ASA I sau II. Concluzie: cu o bună pre-evaluare și cu pregătire adecvată, pacienții ASA III pot fi tratați în condiții de siguranță în unitatea chirurgicală de o zi.

Folosim cu toții clasificarea ASA, probabil fără a realiza că aceasta merită o abordare critică!

1. Un alt exemplu de a avea prea multe opinii (subiectiv) (clasificarea stării fizice (ASA) a fost testată pentru consistența utilizării de către 100 de anesteziști. Aceștia au fost rugați să determine clasele ASA la 10 pacienți ipotetici. În niciun caz nu a existat un acord complet privind clasa ASA și doar într-un singur caz au existat răspunsuri limitate la două din cele cinci clase posibile. Atât de multă variație a fost observată între evaluările anesteziștilor individuali atunci când au descris probleme clinice comune, încât clasa ASA singură nu poate fi considerată ca descriind în mod satisfăcător starea fizică a pacientului. (Anaesthesia 1995;50: 195)

Dacă aveți îndoieli, vă puteți întreba, de exemplu, la un pacient ASA 4 (cardiac) cu o fisură anală dureroasă: Ce ar face diferența între tratamentul cu spitalizare și cel ambulatoriu? Ar fi făcut ceva diferit?? Este puțin probabil ca o tehnică spinală cu doză mică să deterioreze situația. Calmarea excelentă a durerii în timpul operației, o mică perturbare hemodinamică, impact redus prin intervenția chirurgicală, dar o bună calmare a durerii.

Deci putem spune că clasa stabilă ASA 3 nu este o contraindicație pentru chirurgia de o zi, și că ASA 4 trebuie să fie atent evaluată pe o bază individuală în raport cu procedura.

Crucial este să se evite listele amestecate cu partea clinică a sălii de operații. Listele mixte amenință cursul bun al unei liste pentru chirurgia de o zi, interferând cu cazurile de urgență sau cu cazurile clinice grele.

Cum rămâne cu procedurile? Tehnicile minim invazive au redus dramatic deteriorarea țesutului și pierderea de sânge, iar înțelegerea crescută a naturii și a calendarului complicațiilor chirurgicale, împreună cu anestezicele și tehnicile mereu îmbunătățite, sfera de aplicare a potențialelor cazuri de o zi a s-a lărgit foarte mult. Echipele frontale individuale de conducere dau un exemplu de multe ori și, treptat, ceilalți urmează aceste exemple.

Rezumat

Acolo unde chirurgia de zi a fost considerată cândva îngrijire specializată adecvată numai pentru cele mai simple proceduri și pacienții atent selectați, acum este văzută ca tratamentul preferat pentru mai multe operații, pacienții fiind excluși numai în cazul în care există motive convingătoare. Astfel, riscurile medicale trebuie să fie măsurate pe baza gradului de invazivitate a procedurii chirurgicale: procedurile de intensitate redusă, medie sau mare, și, împreună cu adecvarea individuală a pacientului și posibilitățile facilității, decizia privind chirurgia de o zi este luată foarte bine documentat. Cu o mare varietate de tehnici de anestezie adecvate și lărgirea menționată anterior a criteriilor de selecție și a premiselor organizatorice, putem atinge, probabil, obiectivul dublu stabilit de NHS în Marea Britanie. În Marea Britanie, NHS și Guvernul promovează foarte activ practica chirurgiei de o zi și au lansat următoarele două obiective:

- 1) Chirurgia de o zi este metoda implicită pentru chirurgie.
- 2) 75% din proceduri trebuie efectuate ca fiind cazuri chirurgicale de o zi

Referințe

Anesth Analg 2007;104:1380–96 White, PF, Kehlet H et al, Rolul anesteziștilor în chirurgia rapidă: de la analgezia multimodală la îngrijirea medicală perioperatorie
Can J Anest 2006;53:9, 858-72 Imad Awad, T, Chung F, Factorii care afectează recuperarea și externarea după o intervenție chirurgicală ambulatorie
Anaesthesia 2006, 61, paginile 1191–1199, Smith I, Cooke T, Jackson I și Fitzpatrick R Ridicarea la provocările atingerii obiectivelor chirurgiei de o zi

Anexa B: Furnizarea de informații către pacient: Linii directe și un set de instrumente pentru aplicații practice

Christina Ann Drace, Gamal Eldin Mohamed și Carlo Castoro

Carlo Castoro, MD, Oncologie chirurgicală, Institutul Veneto de Oncologie IRCCS, Via Gattamelata 64, 35100 Padova (Italia). E-mail: carlo.castoro@unipd.it

Introducere

Într-un mediu al chirurgiei de o zi, contactul cu pacienții este scurt și intens. Nu se compară cu timpul petrecut cândva pentru a pregăti un pacient pentru aceeași procedură în chirurgia cu spitalizare. De asemenea, pacienții sunt acum responsabili pentru pregătirea lor preoperatorie, iar recuperarea are loc la domiciliu. Acest lucru face ca asigurarea informațiilor să fie o provocare pentru chirurgia de o zi. Este general acceptat faptul că furnizarea de informații către pacient despre chirurgia de o zi și procedurile individuale este un aspect important al managementului chirurgiei de o zi [1-2]. O politică eficientă de furnizare a informațiilor are drept scop îmbunătățirea satisfacției pacientului față de experiența generală chirurgicală de o zi și ajută la reducerea anxietății. De fapt, este posibil ca un pacient informat să experimenteze mai puțină anxietate și, astfel, este capabil să se adapteze mai bine la intervenția chirurgicală. Acest lucru, la rândul său, va crește satisfacția generală a personalului, va evita întârzierile și va contribui la buna funcționare a unității de chirurgie de o zi (DSU). Informațiile trebuie furnizate într-un cadru formal de asistență medicală și livrate într-un mod structurat; trebuie să fie consecvente pe întreaga traiectorie a chirurgiei de zi. În plus, cantitatea de informații care trebuie să fie furnizate este un alt aspect important, deoarece unii pacienți necesită mai multe informații decât alții. Prea puține informații pot provoca confuzie și întârzieri. Pacientul nu poate ști ce se așteaptă de la el sau de la îngrijitorul lor. Pe de altă parte, prea multe informații pot provoca anxietate inutilă pentru pacient. În cele din urmă, rolul fiecărui angajat în furnizarea de informații trebuie să fie identificat și calendarul furnizării de informații trebuie să fie coordonat, deoarece pacienții vor intra în contact cu și vor primi informații, în diferite etape, de la personalul administrativ, de îngrijire și chirurgical [1,3-5].

În mod ideal, oamenii rețin în general doar 20% din informațiile date verbal. Deci, cel mai simplu mod de a vă asigura că pacienții primesc și că își amintesc informațiile esențiale este să le furnizați pliante scrise în mod clar, care pot fi consultate în orice moment. Abilitățile bune de comunicare verbală sunt încă esențiale, pentru că informațiile este introduse și consolidate verbal, asigurând conformitatea cu procedurile. Informațiile scrise trebuie să fie susținute și să susțină informațiile verbale.

Criterii pentru furnizarea de informații spre pacienți

Organizarea și gestionarea furnizării de informații către pacient pentru orice DSU va varia în funcție de caracteristicile individuale ale acelei unități, cum ar fi locația, politicile de spital etc. Cu toate acestea, pot fi identificate criterii generale pentru elaborarea de politici. Contactul cu pacienții intervențiilor chirurgicale de o zi poate fi împărțit în stadii, al căror număr va depinde de caracteristicile individuale. În figura 1, au fost identificate 8 etape, de la trimiterea pacientului la examinarea postoperatorie. Pentru fiecare etapă sunt descrise amplasarea, tipul de contact, persoana de contact și conținutul informațiilor. În cadrul acestor 8 etape, există două categorii de informații care trebuie să fie furnizate pacientului, generale și specifice procedurii. Calendarul furnizării de informații poate fi împărțit în 3 etape – înainte de internare, la internare și la externare.

Categorii de informații

Există două categorii de informații care trebuie să fie furnizate pacientului: generale și specifice procedurii.

Informațiile generale se referă la aspectele organizatorice ale DSU și ale procedurilor și practicilor sale. Acestea identifică locația și oferă alte informații utile, de exemplu adresa și numerele de telefon, informații despre transportul public, parcare etc. De asemenea, include informații procedurale de bază generale pentru toate procedurile efectuate în chirurgia de o zi, de exemplu orele de internare etc. Din aceste informații, pacientul trebuie să înțeleagă la ce să se aștepte, în general, și ceea ce se așteaptă de la el.

Informațiile specifice procedurii se referă la informațiile clinice privind starea pacientului și procedura chirurgicală. În plus, studii recente sugerează că nu toți pacienții necesită aceeași cantitate de informații [4], în funcție de capacitatea lor de a face față. Anxietatea poate fi redusă prin adaptarea cantității de informații furnizate la nevoile și preferințele pacienților. Două niveluri de dezvoltare a informațiilor, minimă și completă, pot fi distinse.

Figura 1: ETAPE ÎN INFORMAREA PACIENȚILOR ÎN CHIRURGIA DE O ZI

	Locația	Față în față	Contact telefonic	Ce conținut
Etapa 1 Decizia pentru intervenția chirurgicală de o zi	Cabinetul medicului primar Clinică ambulatorie Unitate de chirurgie de o zi	Medic primar Consultant de specialitate Personalul de la chirurgia de o zi		Prospect de prezentare a chirurgiei de o zi Informații verbale Informații specifice procedurii Proceduri de pregătire
Etapa 2 Realizarea unei programări			Personal administrativ Unitate spitalicească de zi	Programare pentru examinarea pre-evaluare Instrucțiuni, la ce să se aștepte Mai multe informații: prin fax, e-mail, website
Etapa 3 Vizită de pre-evaluare	Spital – secție ambulatorie; Unitatea de chirurgie de o zi Facilități medicale private	Specialist – chirurg Asistentă medicală		Instrucțiuni ale unității de chirurgie de o zi și Prospect al procedurii Prospect cu informații generale specifice procedurii Rezervarea intervenției chirurgicale, verificare preoperatorie, Consimțământ informat
Etapa 3b Examinare preoperatorie cu două săptămâni înainte de intervenția chirurgicală (în cazul în care intervenția chirurgicală este rezervat cu mai mult de 1 lună în avans)	Unitate de chirurgie de o zi	Anestezist Asistentă medicală		Informații verbale Prospect pentru consimțământul informat specific procedurii Sfaturi/instrucțiuni din pliante precedente Răspunsuri la întrebări, chestionar de prezentare
Etapa 4 Cu 2-3 zile înainte de operație			Asistentă medicală administrare?	Confirmarea intervenției chirurgicale și informații verbale
Etapa 5 În ziua respectivă	Unitate de chirurgie de o zi	Asistentă medicală Chirurg Anestezist		Informații verbale Sfaturi/instrucțiuni din pliante precedente Broșura îngrijitorului
Etapa 6 Externare	Unitate de chirurgie de o zi	Asistentă medicală Chirurg Anestezist		Informații verbale despre externare și Procedurile de recuperare, înmânarea chestionarului Răspunsuri la întrebări
Etapa 7 Urmărire: aceeași zi și în cadrul săptămânii			Chirurg Asistentă medicală	Informații verbale - instruire
Etapa 8 Examinare postoperatorie (Dată predeterminată, în funcție de tipul de procedură)	Unitate de chirurgie de o zi Cabinetul medicului primar	Chirurg Medic primar		Informații verbale - instruire Colectarea chestionarului completat

Fazele informării

Informațiile furnizate pacienților pot fi organizate în 3 faze: înainte de internare, la internare și la externare. Unele informații se vor suprapune, contribuind astfel la înțelegerea și reținerea de către pacient a celor mai importante aspecte.

Faza I – înainte de internare

Accentul principal în această fază trebuie pus pe informarea pacientului despre proceduri și senzațiile probabile, precum și învățarea abilităților (exerciții postoperatorii, managementul durerii). În timpul interviului de preevaluare, pacientul împreună cu asistenta pot alege cantitatea corectă de informații care trebuie să fie furnizate. De asemenea, pacienții pot aprecia un tur al facilităților.

Faza II – la internare

Strategia care trebuie urmată în această fază este "de sprijin". În acest moment, pacientul trebuie să fie bine informat cu privire la ceea ce se va întâmpla. Accentul principal în acest moment trebuie să implice repetarea și consolidarea informațiilor cheie pentru suport și reducerea anxietății. Înainte de externare, însoțitorul trebuie să fie prezent în timpul furnizării de informații.

Faza III – la externare

Primele două săptămâni care urmează externării sunt privite ca cele mai importante, deoarece pacienții se străduiesc să revină la normal. Pachetul de informații trebuie să conțină informații de care pacienții au nevoie ca să revină la normal cât mai repede și mai sigur posibil. Informațiile includ managementul durerii postoperatorii, ameliorarea durerii, gheața, îngrijirea plăgilor comune, tulburările de somn, igiena, exercițiile de întindere și grele, revenirea la muncă, condusul, consiliere pe probleme sexuale și datele de contact ale persoanelor care trebuie contactate în caz de complicații.

Îngrijitorii trebuie să primească aceleași informații.

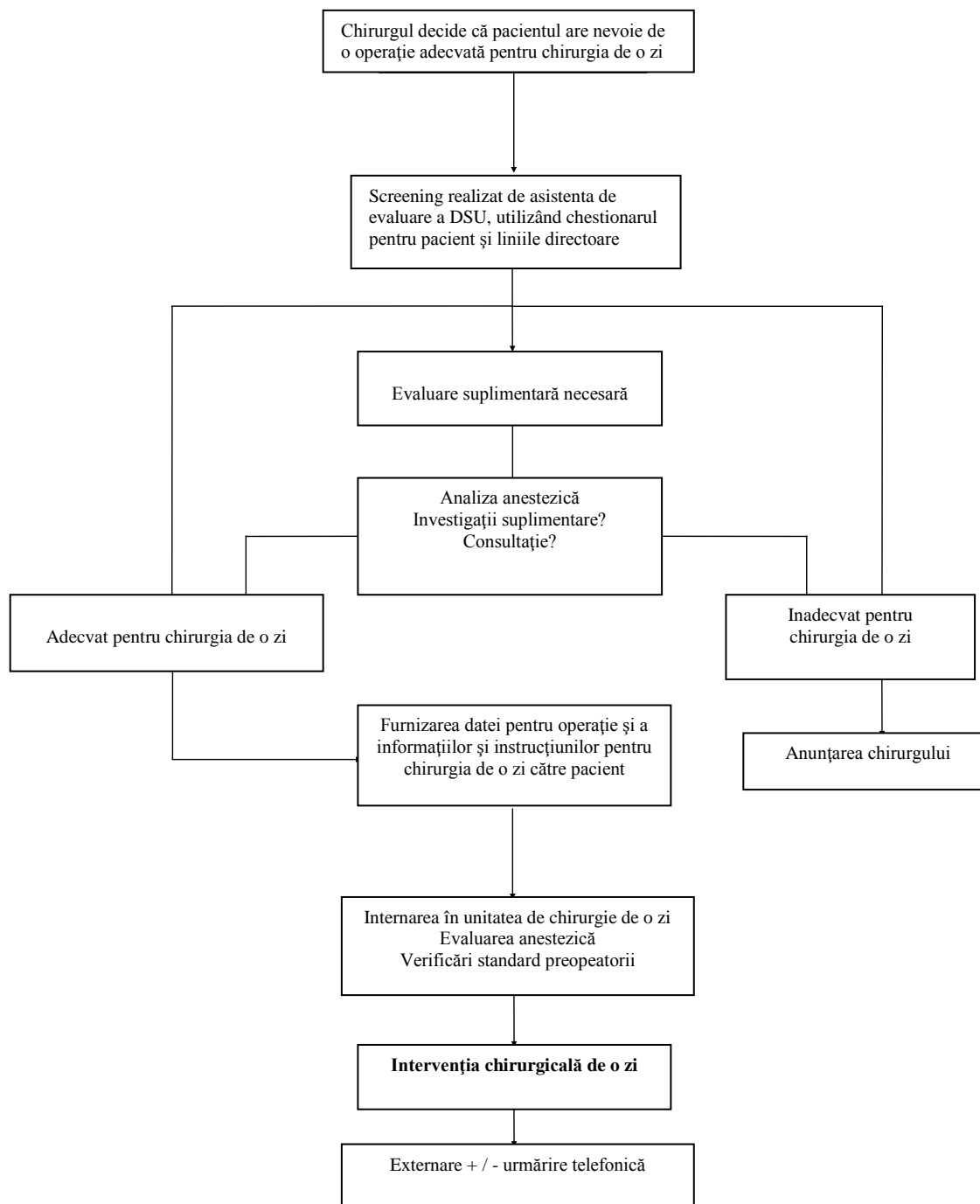
Cadrul formalizat

Într-un cadru formalizat al politicilor de furnizare de informații spre pacienți din fiecare DSU, trebuie avută grijă să se atribuie roluri de comunicare pentru toți membrii personalului și trebuie să se identifice un program de furnizare a informațiilor. Este important ca pacientul să primească cantitatea corespunzătoare de informații la momentul oportun, de la persoana potrivită. Fără acest lucru, un pacient poate primi informații contradictorii sau incompatibile, ceea ce crește confuzia și diminuează satisfacția pacientului. Rolurile personalului din chirurgia de o zi sunt identificate și descrise în Tabelul 1. Programul de furnizare a informațiilor poate fi desprins din procesul tipic de evaluare descris în Figura 2.

Tabelul 1: Personalul din chirurgia de o zi și rolul său în furnizarea de informații

<i>Medic primar</i>	<ul style="list-style-type: none">- introduce pacientul pentru chirurgia de o zi- oferă informații introductive generale și informații specifice procedurii
<i>Chirurg</i>	<ul style="list-style-type: none">- evaluează pacientul pentru chirurgia de o zi- consiliază pacientul- oferă informații specifice despre boală și procedura chirurgicală, despre ceea ce se așteaptă de la pacient din punct de vedere clinic- obține consimțământul informat- poate efectua urmărirea telefonică postoperatorie
<i>Anestezist</i>	<ul style="list-style-type: none">- evaluarea preoperatorie- oferă informații despre ce se va întâmpla în ziua intervenției chirurgicale
<i>Asistentă medicală</i>	<ul style="list-style-type: none">- primește și are grijă de pacient la pre-evaluare și în ziua intervenției chirurgicale- construiește raportul chirurgiei de o zi cu pacientul- furnizează informații și se asigură că informațiile relevante au fost transmise- ascultă pacientul și răspunde la întrebări
<i>Personal administrativ</i>	<ul style="list-style-type: none">- contact telefonic, rezervare și legătură cu personalul medical- trimitere la informații- proceduri administrative: internare și externare

Figura 2
Proces tipic de evaluare



Chirurgia pediatrică de o zi

Informațiile pentru pacient în chirurgia pediatrică de o zi vor varia ușor. Pentru mulți copii, internarea în spital poate fi foarte stresantă, lucru întotdeauna minimizat prin implicarea părinților ori de câte ori este posibil în îngrijirea lor. Anxietatea, de asemenea, trebuie să fie atenuată la părinți, deoarece părinții relaxați, informați și fericiți ajută la producerea unor copii fericiți și relaxați. Părinții vor avea nevoie de toate aceleași informații despre chirurgia de o zi care ar fi furnizate și pentru pacienți, dar scrise cu ei în minte. O diplomă de curaj ar putea fi acordată pacientului pediatric la externare.

Când se face referire la postirea peste noapte, un exemplu de reformulare pentru părinți ar putea fi: "restricții de alimentație și băut – cel mai important lucru pe care îl puteți face pentru copilul dumneavoastră este să urmați aceste instrucțiuni de hrănire. Intervenția chirurgicală a copilului dumneavoastră poate fi întârziată sau anulată dacă aceste instrucțiuni nu sunt urmate."

Linii directe pentru construirea pachetelor de informații

Introducere

Conținutul și designul oricărei informații scrise sunt esențiale. O parte din bugetul DSU trebuie să fie alocat pentru pregătirea și actualizarea pachetelor de informații tipărite. Aspectele juridice trebuie să fie luate în considerare, pentru că unele legi pot dicta ce informații trebuie să primească un pacient [5]. În plus, cercetările recente au arătat că există o legătură între instrucția de sănătate a pacienților și rezultatele în ceea ce privește sănătatea [6]. Prin urmare, trebuie avută grijă pentru a vă asigura că informațiile se vor potrivi cu competențele persoanelor care vin la unitatea de chirurgie de o zi.

Patru pliante informative diferite sunt recomandate și sugestia pentru conținutul lor pot fi găsite în tabelele aferente.

1. Un pliant ilustrat care descrie pe scurt DSU și misiunea sa. Acesta servește ca o prezentare a unității. (Tabelul 2).

Tabelul 2: Construirea broșurii – pliant cu informații generale despre intervențiile chirurgicale de o zi

<i>Chirurgia de o zi</i>	Ce este chirurgia de o zi? De ce ar trebui să fac o intervenție chirurgicală de o zi? Este sigură? Pot să fac o intervenție chirurgicală de o zi? Ce se întâmplă după operație? De ce am nevoie la domiciliu?
<i>Unitate de chirurgie de o zi</i>	Unde este unitatea? Descrierea facilităților și serviciilor Adresa, numerele de telefon, orele de lucru Descrierea calității serviciilor Trimiterea la intervenția chirurgicală de o zi Harta locației, informații despre transportul public și privat, parcare și detalii pe scurt despre spital

2. Un pliant cu informații generale mai detaliate despre DSU, proceduri și instrucțiuni (Tabelul 3).

Tabelul 3: Construirea broșurii – instrucțiuni și proceduri în intervențiile chirurgicale de o zi

Bine ați venit la DSU	
Descrierea unității chirurgicale de zi Prezentarea personalului, facilităților și serviciilor Informații de contact Scurte descrieri ale fiecărui pas din itinerarul chirurgiei de o zi.	
1. Examinarea pre-evaluare	
2. Examinarea preoperatorie	
3. Ziua intervenției chirurgicale	
4. Externare	
5. Recuperare	
	Informațiile trebuie să răspundă la întrebările: La ce trebuie să se aștepte pacientul? Ce se așteaptă de la pacient?
Altele	
	Ce să poarte

Ce să aducă cu el, inclusiv o activitate în timp ce așteaptă
Instrucțiuni de pre-evaluare și lista de verificare a procedurii

- Un pliant de informare care descrie fiecare procedură chirurgicală individuală, instrucțiuni și informații postoperatorii, proceduri și instrucțiuni (Tabelul 4).

Tabelul 4: Construirea broșurii: informații specifice procedurii

Informații medicale
Descrierea afecțiunii medicală – ce este?, de ce să se opereze?
Descrierea procedurii chirurgicale
Descrierea itinerarului chirurgical
1. Preoperatoriu, postit, medicamente...
2. Anestezia
3. Complicații
4. Externare
5. Recuperare
• Condiție normală/anormală
• Ameliorarea durerii și medicamente
• Managementul rănilor
• Rolul îngrijitorului
• Starea mentală
• Igiena personală
• Revenirea la activitatea normală (serviciu, condus, folosirea utilajelor, activitate fizică și sexuală)
• Dieta
6. Procedurile și examinarea postoperatorie
Consimțământul informat
Spațiu pentru instrucțiunile specifice pacientului scrise de mână
Spațiu pentru datele și orele programării scrise de mână
Informații de contact

- Un pliant de informare pentru îngrijitor și rude, care descrie facilitățile, ceea ce se așteaptă de la ei și alte informații utile generale (de ex. unde să găsească mâncare și băutură) (Tabelul 5).

Tabelul 5: Construirea broșurii: informații pentru îngrijitori

Puncte-cheie care trebuie incluse
Rolul îngrijitorului în chirurgia de o zi
Ceea ce se așteaptă de la îngrijitor, înainte, în timpul și după intervenția chirurgicală
Aranjamente de parcare – hartă și costuri
Disponibilitatea băuturilor răcoritoare
Detalii despre facilități, cum ar fi magazine
Rutina din unitate, inclusiv calendarul obișnuit de internare și externare
Informații de contact
<i>De asemenea, furnizați orice informații specifice pe care îngrijitorul trebuie să le cunoască cu privire la o procedură specifică</i>
Indicați durata aproximativă de timp în care îngrijitorul ar putea fi necesar
Informații cu privire la medicamentele prescrise

Stilul

Prezentarea și limba sunt importante. Trebuie furnizate informații scrise pe cât mai puține bucăți de hârtie posibil. Un prospect trebuie să fie la îndemână și ușor de manipulat. Limba trebuie să fie simplă, clară și ușor de citit, cu fraze scurte și expresii clare. Nu utilizați jargonul și evitați diateza pasiva. În funcție de locația DSU, poate fi util să traduceți și să păstrați pachetele de informații în limbi diferite pentru minoritățile etnice (trebuie luați în considerare și pacienții surzi și orbi). De asemenea, asigurați-vă că informațiile sunt corecte și actualizate.

Mai mult, este util să includeți data publicării sau a revizuirii pe fiecare prospect. Pacienții, îngrijitorii și personalul vor putea evalua actualitatea publicației.

Un stil general trebuie să fie ales și folosit pentru toate materialele tipărite. Designul, macheta și culoarea trebuie să fie consistente pe tot parcursul, cu câteva ilustrații sau fotografii ale unității. O machetă corespunzătoare pentru conținut include caractere tip 12 puncte sau mai mari, clare, de exemplu Times Roman, Trebuchet sau Garamond. Un font serif, un font care utilizează linii mici pentru a termina liniile principale ale literelor, se recomandă pentru un text obișnuit, pentru că este mai ușor de citit. Un font sans serif, un font fără linii finale, trebuie să fie utilizat pentru toate titlurile și subtitlurile. Textul trebuie să fie aliniat la stânga și pot fi utilizate litere de tip bold pentru a sublinia punctele importante. În plus, informațiile trebuie să fie organizate logic; utilizarea de titluri, liste și rezumate va ajuta pacientul să recunoască și să își amintească aspectele importante (Tabelul 6).

Tabelul 6: Linii directoare pentru stil pentru construirea pachetelor de informații

<i>Limba</i>	Nivel de lectură de 12 ani Ușor de citit și simplă Fraze scurte și expresii clare, fără jargon Numai informațiile esențiale trebuie incluse Traduceri disponibile în alte limbi Forme alternative de informare pentru pacienții surzi sau orbi
<i>Stilul casei</i>	Un design principal O culoare principală Logo-ul spitalului și/sau imagini ale unității
<i>Tipul, stilul și aspectul</i>	Utilizați tipul 12 puncte cel puțin, mai mare pentru pacienții oftalmologici și copii Utilizați caractere consistente și clare, cum ar fi Times Roman Utilizați un font serif pentru textul obișnuit și sans serif pentru titluri Utilizați subtitluri, liste și rezumate Aliniați textul la stânga Utilizați caractere îngroșate, bullet-uri sau fonturi diferite pentru a sublinia punctele

O abordare utilă pentru proiectarea informațiilor este să se ofere un format de "întrebări la care s-a răspuns". Trebuie luată în considerare și utilizarea unui site web pentru a face informațiile mai ușor accesibile..

Chestionarul

Pasul final în furnizarea de informații este obținerea feedback-ului de la pacienți și îngrijitori. Acest lucru poate fi efectuat printr-un chestionar cu spațiu pentru comentariu liber. Acesta poate fi folosit pentru a evalua nivelurile de satisfacție globală și pentru a obține informații privind toate aspectele legate de chirurgia de o zi. Chestionarele pot fi concepute și pentru a se concentra pe domenii specifice, de exemplu durerea sau furnizarea de informații pentru pacient (Tabelul 7).

Tabelul 7: Construirea broșurii: chestionar privind satisfacția pacientului și a îngrijitorului

Introducere
Informați pacientul despre chestionar Explicați de ce este necesar
Format
Întrebări da-nu Scară de notare 1-5 Comentariu liber
Evitați un număr prea mare de întrebări și pe cele care sunt prea lungi
Întrebări-cheie legate de furnizarea de informații spre pacient care trebuie să fie incluse
Ați primit informații și instrucțiuni verbale și scrise despre chirurgia de o zi? Ce informații au fost cele mai utile? Au fost pliantele clare și au conținut o cantitate adecvată de informații? Ce ar putea fi adăugat pentru a îmbunătăți informațiile? Ce ar putea fi scos? În ce alte moduri ar putea fi îmbunătățite pliantele?

Pacienții trebuie să fie informați chiar de la început că este posibil să li se solicite păreri prin chestionar și că răspunsurile lor vor îmbunătăți calitatea serviciilor de chirurgie de o zi. Chestionarele completate trebuie verificate periodic și recomandările rezultate trebuie să fie implementate cât mai repede posibil.

Exemple de pliante informative

Materialele prezentate sunt concepute ca linii directe pentru construcția pliantelor de informare și multe exemple sunt date. De asemenea, multe exemple din DSU-uri de top și linii directe pentru construcția materialelor scrise pot fi găsite pe Internet (Anexa 5). La elaborarea protocoalelor de informare, trebuie avut în vedere că fiecare unitate de chirurgie de o zi este diferită. Materialele prezentate în această secțiune pot fi adaptate pentru a se potrivi nevoilor fiecărei DSU în parte. Înainte de implementarea deplină în DSU, toate materialele trebuie să fie testate pilot cu pacienții. Materialele trebuie să fie revizuite și actualizate periodic, potrivit sugestiilor și reclamațiilor pacienților și schimbărilor politicilor și procedurilor DSU.

Anexa 1: Chirurgia de o zi: Informații generale.

Anexa 2: Chirurgia de o zi: Ghid de informații pentru îngrijitori.

Anexa 3: Chirurgia de o zi: Ghid informativ pentru repararea herniei inghinale

Anexa 4: Chirurgia de o zi: Chestionar

Anexa 5: Link-uri spre exemple de informații pentru pacient pentru chirurgia de o zi și construirea materialelor scrise

Referințe

1. Penn S, Davenport HT, Carrington S et al. Principiile îngrijirii în chirurgia de o zi, Blackwell Science, Oxford, 1996.
2. Gilmartin J. Chirurgia de o zi: percepțiile pacienților asupra unei clinici de pre-internare conduse de asistente. J Clin Nurs 2004; 13: 243-250.
3. Mitchell MJ. Percepțiile pacienților asupra chirurgiei de o zi: analiza literaturii. Ambul Surg 1999; 7: 65-73.
4. Mitchell MJ. Pregătirea psihologică pentru pacienții care trec printr-o intervenție chirurgicală de o zi. Ambul Surg 2000; 8: 19-29.
5. Mitchell MJ. Construirea broșurilor de informare pentru pacienții cazurilor de o zi. Ambul Surg 2001; 9: 37-45.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Instrucția medicală redusă și rezultatele asupra sănătății: o analiză sistematică actualizată. Ann Int Med 2011; 155:97-107.

Anexa 1 Prospect cu informații generale pentru pacienții chirurgiei de o zi

Stimate pacient,

Vă mulțumim pentru alegerea centrului nostru de zi pentru tratamentul dumneavoastră. Vă rugăm să citiți cu atenție toate informațiile din acest prospect. Este foarte important să urmați aceste instrucțiuni. Nerespectarea acestui lucru poate duce la anularea intervenției chirurgicale sau a tratamentului dumneavoastră.

Centrul nostru de zi a fost conceput special pentru pacienții care necesită tratament chirurgical, dar care nu au nevoie de ședere peste noapte în spital. Cu toate acestea, în cazul oricăror complicații chirurgicale sau non-chirurgicale, suntem gata să avem grijă de dumneavoastră până când sunteți capabil să mergeți acasă. Această broșură conține informații pentru a face șederea dumneavoastră cât mai confortabilă și mai sigură posibil și pentru a vă pregăti pentru vizita dumneavoastră. Vă rugăm să acordați timp citirii acestei broșuri, deoarece conține informații importante despre:

- Cum să vă pregătiți pentru tratament/operație
- La ce să vă așteptați în timpul șederii dumneavoastră
- Ce să faceți atunci când sunteți externatți acasă
- Consiliere pentru îngrijitori

De asemenea, avem o persoană de contact pentru consilierea pacientului la centrul nostru de chirurgie de o zi, pentru a oferi informații și asistență. Acesta este situat la lângă unitate.

Tel:.....

Fax:.....

E-mail:.....

Deplasarea spre centrul nostru

Centrul de zi este bine deservit de transportul public. Autobuzul, trenul sau taxiul par a fi mai rapide decât mașinile, în special dimineața. Stația principală cea mai apropiată de centrul nostru este la

..... Adresa este:

.....
În cazul în care călătoriți cu mașina, vă rugăm să rețineți că puteți fi întârziat din cauza traficului îngreunat din timpul dimineții. De asemenea, amintiți-vă întotdeauna că locurile de parcare în apropierea spitalului sunt foarte limitate, astfel încât nu putem garanta că veți găsi un loc. În plus, trebuie plătite taxe de parcare. Parcarea poate fi rezervată cu ușurință prin telefon, dar, dacă nu este disponibilă, vă rugăm să vă amintiți să aduceți monede pentru a plăti. Locurile marcate sunt disponibile pentru persoanele cu handicap înregistrate pentru taxa de parcare obișnuită.

Înainte de a veni la centrul de chirurgie de o zi

Ați văzut deja un chirurg și personalul dintr-o clinică de ambulatoriu și aceștia au decis că aveți nevoie de o operație sau procedură ca un caz de zi. Vă rugăm să aduceți trimiterea emisă de chirurg la clinica ambulatorie. Veți fi întâmpinat la recepție și o programare pentru pre-evaluare vă va fi apoi dată.

La clinica de chirurgie și anestezie ambulatorie ați primit, poate, un formular spre completare cu detalii despre sănătatea dumneavoastră generală și orice probleme medicale pe care le-ați putea avea, și ați semnat acordul dumneavoastră pentru operație. Vă rugăm să nu uitați să aduceți acest document cu dumneavoastră.

Pre-evaluarea are rolul de a vă asigura că vă simțiți suficient de bine pentru a fi tratat ca un caz de zi. Odată ce pre-evaluarea a fost finalizată și sunteți considerat potrivit pentru o intervenție chirurgicală, veți fi informat telefonic sau prin e-mail despre programări. Vi se va da numele unui ofițer de internări, care va discuta cu dumneavoastră o dată pentru pre-evaluare și o dată potențială pentru procedura/operația dumneavoastră.

Toate actele relevante de care aveți nevoie vă vor fi date în acest stadiu. Este foarte important să urmați toate instrucțiunile care vi se dau. Dacă nu reușiți să vă prezentați sau dacă nu ne telefonați în avans, vă supuneți riscului de a fi scos din lista noastră de așteptare.

Vă rugăm să faceți aranjamente pentru a lăsa copiii acasă cu cineva. Nu trebuie să rămâneți singur cu copiii dumneavoastră pentru 24 de ore după anestezia generală.

Unitatea de chirurgie de o zi nu are facilități pentru copii, cu excepția celor care au o operație.

Dacă aveți o anestezie generală, trebuie să aranjați ca un adult responsabil să vă ducă acasă și să stea cu dumneavoastră pentru cel puțin 24 de ore. Dacă luați un taxi spre acasă, trebuie să aveți un adult responsabil care călătorește cu dumneavoastră.

Chiar dacă aveți o anestezie locală, este recomandabil să aveți pe cineva care să vă ducă acasă. Nu trebuie să conduceți dacă mobilitatea dumneavoastră este limitată prin intervenția chirurgicală.

Dacă sunteți bolnav înainte de operație (de exemplu: o răceală sau gripă), vă rugăm să ne sunați pentru recomandări înainte de a veni.

Vă recomandăm să nu fumați timp de 2 zile înainte de operația dumneavoastră.

Vă rugăm să dați un număr de contact pentru ruda sau prietenul dumneavoastră.

Înainte de a veni trebuie să faceți duș sau baie.

Vă rugăm să îndepărtați tot machiajul și lacul de unghii.

Vă rugăm să nu aduceți obiecte de valoare, bijuterii, sume mari de bani, carduri de credit sau telefoane mobile.

În cazul în care acest lucru este inevitabil, vă rugăm să cereți rudei/prietenului dumneavoastră să aibă grijă de ele pentru dumneavoastră.

Vă rugăm să aduceți cu dumneavoastră:

- Orice tablete, medicamente sau inhalatoare pe care le utilizați în prezent
- Ceva care să vă ajute să treacă timpul (carte, reviste etc.)
- Ochelari/lentile de contact și carcasă
- Recipiente pentru dantură
- Pentru propriul confort, puteți prefera să aduceți un halat și papuci cu dumneavoastră. De asemenea, sunteți binevenit să aduceți un prosop și articole de toaletă, pentru că este disponibil un duș.

Postul înainte de rezervare:

Dacă operația este dimineața, nu mâncați și nu beți nimic, inclusiv gumă de mestecat, de la miezul nopții precedente. Apa este singura excepție. Puteți bea apă până la ora 5.30 în ziua operației dumneavoastră.

Dacă operația este după-amiaza, luați un mic dejun ușor (ceai și pâine prăjită) înainte de 7.30 am. Puteți bea apă până la ora 10.30.

Dacă aveți diabet zaharat sau vă faceți griji despre lipsa mâncatului, vă rugăm să sunați la centru pentru sfaturi.

La sosirea la centrul de zi:

- Vă rugăm să vă înregistrați la recepție. Trebuie să prezentați documentele personale (carte de identitate, card de asigurări, trimiteri, orice rapoarte medicale anterioare) asistentei, care vă va identifica și vă va ajuta să completați formularele de îngrijire medicală.
- Veți primi o brățară de identitate în spital cu numele și detalii pe ea.
- Veți fi dus apoi în salon, pentru a vă ocupa patul.
- Procesul de pregătire pentru operație începe în acest moment.
- Vă rugăm să continuați să luați toate medicamentele dumneavoastră normale dacă nu vi s-a spus altfel de către anestezist în timpul pre-evaluării.
- Vă rugăm să vă amintiți că sunteți la un centru de chirurgie de o zi, nu la o clinică ambulatorie. Ordinea de pe lista de operații nu este confirmat până în ziua internării, așa că va trebui să așteptați puțin timp înainte de procedura dumneavoastră. În ziua procedurii dumneavoastră trebuie să acordați timp și pentru procedură și recuperare. Prin urmare, trebuie să vă așteptați să petreceți cea mai mare parte a zilei cu noi.
- Odată ce v-ați înregistrat în unitate la recepționar, orice rude, prieteni sau escorte nu vor avea permisiunea să rămână cu dumneavoastră în timpul șederii dumneavoastră. Avem spațiu foarte limitat în zonele de tratament. Escorte pot să stea cu dumneavoastră doar dacă acestea sunt direct implicate în îngrijirea dumneavoastră de zi cu zi, de exemplu dacă aveți dificultăți de învățare și/sau un handicap. Rudele, prietenii sau escortele sunt binevenite să folosească zona de așteptare.
- Excepția va fi pentru copiii sub 18 ani care au parte de tratament. Un singur părinte sau tutore poate rămâne cu copilul pe tot parcursul șederii sale. Frații nu trebuie aduși în unitate.
- După tratament și o perioadă de recuperare, veți fi trimis acasă. Vă rugăm să cereți escortei dumneavoastră să contacteze unitatea de chirurgie de o zi pentru a verifica ora la care veți fi pregătit pentru a fi preluat. Pentru programările de dimineață, trebuie să sune după 11.30 am sau după 3.30 pm, dacă ați avut o programare după-amiaza. Uneori, personalul de îngrijire medicală poate să sune escortele dumneavoastră mai devreme dacă puteți merge acasă înainte de acele ore.

Când voi primi tratamentul?

Este posibil să trebuiască să așteptați până la 4 ore pentru tratamentul dumneavoastră. Avem nevoie de timp pentru a vă pregăti pentru procedura dumneavoastră. Încercăm să utilizăm sala de operații în mod eficient. Personalul de îngrijire medicală vă va pregăti pentru operație și va răspunde la orice întrebări pe care le-ați putea avea. De obicei, anestezistul și chirurgul vă vor vedea înainte de operație și vă vor explica ce tip de anestezie vă poate fi necesară. Chirurgul și anestezistul vă vor examina apoi și vă vor explica procedura/operația propusă.

Dacă aveți o operație pe o anumită parte a corpului, aceasta poate fi marcată cu o săgeată de personal. Fiecare pacient este important pentru noi și personalul își va face întotdeauna timp pentru dumneavoastră. Simțiți-vă liber să puneți întrebări în orice moment și să ne spuneți dacă ceva vă îngrijorează. Asistentele medicale vor verifica încă o dată detaliile dumneavoastră personale înainte de a vă escorta la sala de operații. Fac acest lucru la începutul listei de operare. Vă rugăm să aduceți ceva care să vă țină ocupat în timp ce așteptați.

Imediat după operație

După operație, dacă ați avut o anestezie generală, veți fi dus în zona de recuperare unde vă vom trata orice durere sau problemă de sănătate care poate apărea.

Aici, pulsul și tensiunea arterială vă vor fi măsurate în mod regulat și cineva vă va supraveghea. La început vă veți simți somnolent. De asemenea, vă puteți simți rău și, în funcție de tipul de procedură, vă puteți simți puțin inflammat în jurul operației. Gâtul poate fi puțin uscat și puteți avea o ușoară durere în gât (pentru că un tub va fi pus în gât pentru a vă ajuta să respirați în timp ce dormiți).

După ce sunteți treaz și alert, veți fi dus înapoi în zona salonului unde veți putea să vă relaxați și să serviți băuturi răcoritoare înainte de a vă deplasa spre casă. Această perioadă de recuperare variază de la individ la individ și ar putea dura până la șase ore. Personalul de îngrijire medicală vă va sfătui când este sigur să plecați. Dacă ați avut o anestezie locală, veți fi dus înapoi în zona de saloane imediat după terminarea procedurii dumneavoastră. Vi se vor oferi niște gustări (o băutură și biscuiți) înainte de a pleca spre casă. Vă rugăm să rețineți că timpul pe care va trebui să îl petreceți pentru recuperare variază în funcție de individ și de tipul de intervenție chirurgicală. Personalul de îngrijire medicală vă va sfătui când este sigur să plecați.

Medicamentele anestezice rămân în corpul dumneavoastră pentru câteva ore și, în acest timp, veți reacționa mai lent și, astfel, este mult mai probabil să aveți un accident. Vă rugăm să nu conduceți, pentru că s-ar putea să reacționați prea încet la opriri bruște. S-ar putea să aveți nevoie de câteva zile libere de la serviciu și de ajutor la domiciliu.

Imediat după externare

Dacă ați avut o anestezie generală, chirurgul și anestezistul vă pot vizita mai târziu în timpul zilei pentru a vă anunța cum au mers lucrurile și pentru a vă oferi sfaturi despre ce să faceți în următoarele câteva zile. Puteți să primiți medicamente de atenuare a durerii pe care să le luați acasă cu dumneavoastră sau alte medicamente în funcție de tipul de operație. Un adult responsabil trebuie să vă însoțească apoi acasă cu mașina sau cu taxiul – transportul public nu este potrivit. Vă rugăm să consultați broșura cu informații pentru pacient dată la pre-evaluare pentru informații despre îngrijire și despre ce să așteptați în următoarele câteva zile, în timp ce sunteți acasă. Dacă nu mai aveți acest pliant, vă rugăm să cereți unui membru al personalului de îngrijire medicală o altă copie. O copie a foii de operație / a scrisorii de externare va fi trimisă la medicul dumneavoastră de familie. Și dumneavoastră veți primi o copie a acestei scrisori. Dacă dumneavoastră sau o rudă aveți întrebări înainte de a pleca de acasă, vă rugăm să vă asigurați că vorbiți cu un membru al personalului de asistență medicală. Vom prescrie toate medicamentele de care aveți nevoie în timpul recuperării dumneavoastră la domiciliu. Medicamentele vor fi prescrise conform procedurii dumneavoastră (de exemplu, analgezice, antibiotice etc.).

Acasă

Este posibil să vă simțiți obosit; faceți, deci, doar atât cât vă simțiți capabil.

- Nu folosiți utilaje și nu conduceți timp de 48 de ore după o anestezie generală.
- Dacă ați avut o anestezie locală, personalul de asistență medicală vă va recomanda când este sigur să conduceți sau să folosiți utilaje.
- Beți multe lichide și mâncați mese ușoare, dar nu beți alcool pentru cel puțin 24 de ore.
- Dacă ați avut o anestezie locală, personalul de asistență medicală vă va sfătui când este sigur să începeți să consumați alcool.
- Vă rugăm să urmați sfaturile specifice ale personalului de îngrijire și medical atunci când luați medicamentele prescrise, inclusiv analgezice.

- Încercați să aveți ajutor atunci când faceți baie sau duș, vă puteți simți zăpăcit atunci când ieșiți din baie sau instabil pe picioare în duș.
- Nu luați decizii importante și nu semnați niciun contract pentru cel puțin 24 de ore după ce ați avut o anestezie generală.

Instrucțiuni pentru îngrijitori

Asigurați-vă că îngrijitorul dumneavoastră înțelege responsabilitățile sale:

- Să vă escorteze acasă cu mașina sau cu taxiul (nu cu transportul public)
- Să stea cu dumneavoastră timp de 24 de ore în casa dumneavoastră sau a lor
- Să vă ajute cu activitățile casnice, cum ar fi gătitul și curățenia
- Să vă ofere o mulțime de lichide de băut (fără alcool)
- Să vă ajute cu spălarea/îmbăierea și îmbrăcarea
- Să se asigure că luați analgezicele uzuale conform prescripției/sfaturilor
- Să facă comisiunile necesare pentru dumneavoastră
- Să fie conștient de complicațiile uzuale după intervenția chirurgicală, cum ar fi sângerarea, scurgerile, semnele de infecție, și să știe ce să facă,

După 24-48 de ore, ar trebui să vă simțiți considerabil mai bine și veți avea nevoie de mai puțin sprijin și ajutor. Este posibil ca îngrijitorul dumneavoastră să nu trebuiască să rămână peste noapte, dar ar putea încă oferi un oarecare sprijin în timpul zilei, la cumpărături, gătit, aspirat și spălarea părului.

Întrebări și nelămuriri

Dacă aveți probleme pe care doriți să le discutați în urma operației/procedurii dumneavoastră, vă rugăm să sunați la centrul de chirurgie de o zi:

Tel:.....

Asistentă de serviciu:

Tel:.....

Chirurgul dumneavoastră:

Tel:.....

Anexa 2 Prospect informativ pentru îngrijitori

Stimate însoțitor,

Cineva drag dumneavoastră este pe cale să se supună unei proceduri chirurgicale la centrul multidisciplinar de chirurgie de o zi. Chirurgia de o zi poate fi foarte benefică pentru pacient. La câteva ore după procedură, pacientul se întoarce acasă pentru a se recupera într-un mediu familiar. Nu există nicio ședere peste noapte în spital.

Ca însoțitor al său, este posibil să trebuiască să vă luați câteva zile libere de la serviciu pentru a avea grijă de pacientul nostru. Durata de timp în care puteți fi necesar va depinde de tipul de operație. Personalul de îngrijire și chirurgical este întotdeauna disponibil în cazul în care este necesar.

Dr. U. Feelbetter

Director, Centrul Multidisciplinar de Chirurgie de o Zi

Indicații generale:

- Vizitarea pacientului: fiecare pacient poate să primească 2 vizitatori, membri ai familiei sau prieteni. Vizitatorii trebuie să aibă mai mult de 14 ani. Vă rugăm să însoțiți copiii mai mici în sala de așteptare. Cu toate acestea, prezența lor este descurajată. Vizitatorii vor putea să însoțească pacientul în faza preoperatorie și de recuperare atunci când pacientul este stabil. Majoritatea pacienților sunt externati în 4 ore de la operație.
- Pentru confortul dumneavoastră automate pentru băuturi răcoritoare și gustări sunt situate lângă sala de așteptare. O cafea este chiar în afara porților spitalului.
- Fumatul nu este permis în interiorul spitalului.
- Telefoanele mobile sunt permise numai în sălile de așteptare și în afara spitalului.
- Instrucțiunile specifice de îngrijire postoperatorie vă vor fi date de către medic la externare.
- Seara și a doua zi după o intervenție chirurgicală, un membru al personalului chirurgical al centrului vă va suna pentru a verifica pacientul. Cu toate acestea, dacă este necesar, nu ezitați să utilizați serviciul de gardă postoperatorie (a se vedea mai jos).

Lista de verificare a pregătirii pentru chirurgia de o zi

Pacient:

- Ajungeți la timp.
- Nu mâncați și nu beți nimic după miezul nopții, înainte de procedură.
- Luați medicamentele în dimineața zilei de procedură cu înghițituri mici de apă.
- Purtați haine confortabile largi.
- Nu consumați alcool și nu fumați cu câteva zile înainte de intervenția chirurgicală.
- Veniți la secția de chirurgie de o zi cu toate examenele preoperatorii, cardul național de sănătate și documentele de identitate.
- Aranjați ca cineva să conducă spre și de la spital și ca cineva să stea acasă cu dumneavoastră în primele 24 de ore după intervenția chirurgicală.
- Informați Centrul despre orice boală (ex. răceală) contractată cu o săptămână înainte de intervenția chirurgicală programată.

Înainte de a veni la centrul de chirurgie de o zi:

- Faceți baie sau duș.
- Îndepărtați machiajul, lacul de unghii și bijuteriile.

Ce să aduceți:

- Ceva de citit sau de făcut în timp ce așteptați
- O cutie pentru lentilele de contact și/sau protezele dentare

Ce să NU aduceți:

- Obiecte de valoare, cum ar fi bijuteriile, sau prea mulți bani

După operație:

- Verificați dacă ați primit toate informațiile și medicamentele necesare; în caz contrar, întrebați doctorul sau personalul chirurgical de zi.
- Urmați instrucțiunile acestora pentru a lua medicamentele și sugestiile pentru dietă și repaus.
- Nu lăsați pacientul să conducă.
- Nu permiteți pacientului să bea alcool.
- Nu permiteți pacientului să folosească utilaje.
- Nu permiteți pacientului să facă afaceri sau să semneze documente importante.
- Asigurați-vă că pacientul ia acasă toate radiografiile și examinările aduse din afară.

Centrul Multidisciplinar de Chirurgie de o Zi

Unde este Centrul?

Unitatea de chirurgie de o zi este situată la:

.....
.....

De la intrarea principală de la parter, la sfârșitul coridorului central spre dreapta se află:

- Camerele de examinare (5, 6, 7, 8, 9)
- Biroul de secretariat (sala nr. 2)
- Cabinetul medicului (sala nr. 3)
- Camerele de repaus (sala nr. 11)

Parcarea plătită poate fi găsită în structura de parcare de lângă Spitalul Universitar.

De la gară, luați autobuzul nr. 24 sau 19 pentru a ajunge la Spital (stația de autobuz este în fața intrării principale), continuați pe jos până la semafor, mergeți la stânga. Spitalul este la aproximativ 100 m mai departe pe stânga.

După ce ajungeți acasă

Serviciul de gardă postoperatorie

Medic de gardă

0419 8311323

"Am o problemă..."

Pentru a ajuta serviciul medical să satisfacă nevoile pacienților săi, acest serviciu a fost creat pentru nevoile dumneavoastră organizatorice. Dacă aveți probleme sau întrebări, vă rugăm să luați legătura cu:

Doamna C. White (Asistentă Șefă)

0419 8773455

De luni până vineri 9 am – 12 pm

Dacă doriți să vorbiți cu personalul nostru medical, vă rugăm să luați legătura cu:

Doamna Smith (Secretar Șef)

0419 8311324

De luni până vineri 9 am – 11 pm și 2 pm – 6 pm

Unitate de chirurgie de o zi

Spitalul Universitar

(Adresa).....

Centrul este deschis:

De luni până vineri

Orele 7:30 am - 1 pm și 2 pm - 7:30 pm

Tel. 0419 8632399

Anexa 3 Prospect de informare specific procedurii

Reparație de hernie inghinală Spitalul Universitar Unitatea de chirurgie de o zi

Stimate pacient,

Bine ați venit la Unitatea de chirurgie de o zi.

Pentru a asigura succesul operației dumneavoastră, aș dori să vă invit să urmați cu atenție instrucțiunile date de echipa noastră medicală. De asemenea, v-aș încuraja să citiți materialele prezentate și să puneți orice întrebări ați putea avea.

După cum v-a explicat medicul dumneavoastră, reparația herniei inghinale poate fi efectuată în chirurgia de o zi. Veți veni la centru de dimineață, iar operația dumneavoastră va dura aproximativ 1 oră. Veți putea merge acasă după-amiaza, după un examen postoperatoriu complet.

Dr. U. Feelbetter

Director, Centrul Multidisciplinar de Chirurgie de o Zi

Ce este hernia inghinală?

O hernie apare atunci când straturile interioare ale mușchilor abdominali devin slăbite. Mucoasa abdominală se umflă apoi într-un sac mic și o parte din intestin sau țesutul abdominal poate intra în sac.

Unele persoane cu hernii rămân relativ fără simptome, în timp ce altele experimentează umflarea și, uneori, dureri severe. O hernie poate cauza alte potențiale probleme grave (de exemplu, infecție, obstrucție intestinală). Chirurgia este singura modalitate de a o repara, deoarece nu se rezolvă de la sine.

Ce se întâmplă în timpul intervenției chirurgicale?

O operație de reparare a herniei durează aproximativ o oră. De obicei, aceasta este efectuată sub anestezie locală sau anestezie epidurală, care este numită o anestezie spinală care amortăște o zonă mai mare sau regiunea corpului care conține hernia. Se face o incizie peste locul herniei. Țesutul proeminent este returnat în cavitatea abdominală și sacul care s-a format este eliminat. Chirurgul repară gaura sau slăbiciunea din peretele abdominal prin coaserea mușchiului puternic înconjurător peste defect. Uneori, poate fi necesar să se consolideze peretele abdominal cu o bucată de material sintetic numit "plasă", de obicei bine tolerat de organismul uman.

Există complicații?

Există foarte puține complicații din operația de reparare a herniei inghinale. Pot apărea:

- Tumefiere și durere la locul inciziei
- Dureri de cap și greață după anestezie
- Infecția postoperatorie a locului de incizie, tratabilă cu antibiotice
- Pierdere de sensibilitate în jurul locului de incizie
- Reacție alergică la anestezie

Deși este puțin probabil, o hernie poate reapărea în aproximativ 5% din cazuri, chiar și după mulți ani de la reparația chirurgicală.

Ce se întâmplă după intervenția chirurgicală?

După operație, veți fi dus înapoi în cameră pentru recuperare. În mod normal, veți fi externat după-amiaza, după ce medicul constată că sunteți în stare să stați în picioare și să mergeți. Chirurgul vă va da indicații postoperatorii care trebuie urmate acasă și vă va sfătui cu privire la muncile grele, jogging sau efectuarea unor exerciții extenuante. În general, veți avea unele dificultăți de mers în primele ore după operație și la urcarea scărilor în primele câteva zile. Îmbăierarea va necesita atenție ca să nu udați locul inciziei. Activitatea sexuală este de obicei prea inconfortabilă pentru a fi agreabilă în primele 1-2 săptămâni. Trebuie să fiți capabil să conduceți mașina în câteva zile. În funcție de ocupația dumneavoastră, vă puteți aștepta la o perioadă de recuperare cu o durată de până la șase săptămâni.

În ziua intervenției chirurgicale

- Sosiți la timp, după ce ați postit de la miezul nopții.
- Luați medicamentele uzuale și antibioticul prescris cu înghițituri mici de apă.
- Informați medicul despre orice antecedente familiale de tromboflebită.

Ghid pentru chirurgia de o zi

- Radeți zona inghinală conform instrucțiunilor.
- Veniți la secția de chirurgie de o zi cu toate examenele preoperatorii, cardul național de sănătate și actele de identitate.
- Aranjați ca cineva să conducă spre și de la spital și ca cineva să stea acasă cu dumneavoastră în primele 24 de ore după intervenția chirurgicală.

Acasă

- Odihniți-vă cât mai mult posibil. Beți multe lichide, mâncați mese ușoare și evitați alcoolul.
- O durere în zona inghinală este normală. Luați analgezic conform instrucțiunilor date de către medicul dumneavoastră.
- O anumită tumefiere și durere a plăgii chirurgicale este normală
- Copciile vor fi eliminate după aproximativ 1 săptămână. În cazul în care durerea crește, pulsează sau observați schimbări ale plăgii, vă rugăm să contactați Centrul.
- O febră ușoară, de asemenea, este normală. În cazul în care temperatura dumneavoastră este mai mare de 38°C, contactați Centrul.
- Verificare postoperatorie după 1 săptămână pentru a elimina copcile. Verificări periodice după 3 săptămâni, 6 luni și 1, 2 și 3 ani.
- Dacă aveți probleme sau motive de îngrijorare, contactați imediat medicul sau serviciul de gardă.

Serviciul de gardă postoperatorie

Medic de gardă

049 8313361

Date de reținut

Examinare anestezică

Data: _____ ora _____

Intervenție chirurgicală:

Data: _____ ora: _____

Medicamente:

—

Alte instrucțiuni:

Dacă aveți nevoie de ajutor, vă rugăm să luați legătura cu:

Doamna C. White, Asistentă Șefă

049 8773455

De luni până vineri 9 am – 12 pm

Dacă doriți să vorbiți cu personalul nostru medical, vă rugăm să luați legătura cu:

Doamna P. Wilson

049 8311324

De luni până vineri 9 am – 11 pm și 2 pm – 6 pm

Centrul este deschis:

De luni până vineri

Orele 7:30 am - 1 pm și 2 pm - 7:30 pm

Tel. 049 8632399

Anexa 4 Chestionar pentru CHIRURGIA DE O ZI

Stimate Domn / Stimate Doamnă,

Vă rugăm să vă acordați timp pentru a răspunde la întrebările din această broșură. Este important ca noi să știm ce credeți despre spitalul nostru de zi, ca un pacient sau ca îngrijitor.

Comentariile dumneavoastră ne vor ajuta să ne îmbunătățim serviciul, pentru a face experiența în spitalul de zi una pozitiv și, mai presus de toate, adaptată pentru a se potrivi pacientului. Opiniile și comentariile dumneavoastră vor fi strict confidențiale.

Vă mulțumesc anticipat pentru buna colaborare,

Dr. U. Feelbetter

Director, Unitatea de chirurgie de o zi

1. Vârsta:

- 18 ani sau mai puțin 51-60 ani
 19-30 ani 61-70 ani
 31-50 ani peste 71 de ani

2. Sexul.

- masculin feminin

3. Educație

- Liceu
 Diplomă de liceu sau echivalent
 Diplomă de colegiu sau mai înaltă

4. Profesia

- salariat șomer
 student casnică
 pensionar
 alta

5.

Cine v-a trimis la centrul de chirurgie de o zi?

- Un prieten
 Medicul primar
 Un specialist
 Altcineva
Vă rugăm să specificați _____

6. Sunteți pentru prima dată la centrul de chirurgie de o zi?

- Da
 Nu, este a doua oară
 Nu, este a treia oară sau mai mult

7. Cum ați făcut prima programare?

- Prin telefon
 În persoană, la Centru

8. Ați avut vreo dificultate cu serviciul de telefonie?

- Nu
 Da, a trebuit să sun înapoi de mai multe ori
 Alta _____

9. În cazul în care ați venit în persoană, cum ați aprecia semnele noastre de îndrumare? (încercuiți o variantă)

Foarte confuze 1 2 3 4 5 Foarte clare

10. Cât a trebuit să așteptați înainte de prima dumneavoastră programare?

- Mai puțin de 2 săptămâni 1-2 luni
 2 săptămâni – 1 lună mai mult de 2 luni

11. Cum ați aprecia timpul de așteptare? (încercuiți o variantă)

prea lung 1 2 3 4 5 potrivit prea scurt

12. Ați fost informat în mod adecvat despre posibil timpul de așteptare pentru prima dumneavoastră vizită?

- Da Nu

13. Au fost clare și adecvate informațiile primite privind chirurgia de zi, pregătirea pentru chirurgia de o zi, instrucțiunile și procedurile? (încercuiți o variantă)

Neclare foarte clare

1	2	3	4	5
Inadecvate				adecvate
1	2	3	4	5

14. Cum ați aprecia informațiile scris care v-au fost date? (încercuiți o variantă)

Inutile				foarte utile
1	2	3	4	5

14a. În cazul în care informațiile au fost inadecvate, ce informații trebuie să fie adăugate sau modificate pentru a le face mai utile?

14b. În cazul în care au fost prea multe informații, ce ar trebui eliminat?

15. Ce informații au fost cele mai utile pentru dumneavoastră?

Orale scrise ambele

16. În ce alte moduri ar putea fi îmbunătățite broșurile noastre pentru a se potrivi mai bine nevoilor pacienților noștri?

17. Cum ați aprecia întâmpinarea de către personalul Centrului de chirurgie de o zi în ziua operației dumneavoastră?

rece				foarte călduroasă
1	2	3	4	5

18. Cum ați aprecia confortul sălii noastre de așteptare?

Inconfortabilă				confortabilă
1	2	3	4	5

18a. În ce fel a fost inconfortabilă/confortabilă?

19. Dacă ați suferit o operație, ce persoană a fost cea mai liniștitoare înainte de operație?

- Chirurgul
- Personalul de asistență medicală
- Anestezistul
- Niciuna
- Altcineva _____

20. Cum ați aprecia informațiile primite cu privire la instrucțiunile și verificările postoperatorii?

ininteligibile				foarte ușor de înțeles
1	2	3	4	5

21. Atunci când ați fost externat de la chirurgia de o zi, a fost personalul util?

Deloc				foarte util
1	2	3	4	5

22. Ce aspecte ale centrului de chirurgie de o zi ați găsit ca favorabile? (bifați tot ceea ce se aplică)

- Organizarea
- Îngrijirea
- Aspectele administrative
- Confortul și curățenia mediului
- Asistența medicală
- Echipamentele

23. Ce aspecte ale centrului de chirurgie de o zi ați găsit ca nefavorabile? (bifați tot ceea ce se aplică)

- Organizarea
- Îngrijirea
- Aspectele administrative
- Confortul și curățenia mediului
- Asistența medicală
- Echipamentele

24. Cum ați aprecia per total centrul nostru de chirurgie de o zi?

Negativ

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Pozitiv

10

26. Ce sugestii ați putea face pentru a ne ajuta să îmbunătățim calitatea serviciilor noastre?

Anexa 5 Link-uri spre exemple de informații pentru pacient pentru chirurgia de o zi și linii directoare pentru realizarea materialelor scrise

Exemple de informații pentru pacient pentru chirurgia de o zi

Spitalul Colegiului Regal, Londra, Marea Britanie

<http://www.kch.nhs.uk/patientsvisitors/patients/day-surgery-patients>

TriHealth, Cincinnati OH, SUA

<http://www.trihealth.com/institutes-and-services/trihealth-surgical-institute/patient-information/outpatient-surgery/>

SERVICII MEDICALE PENTRU FEMEI ȘI NOU-NĂSCUȚI, Spitalul Memorial Regele Edward, Australia de Vest

<http://www.kemh.health.wa.gov.au/brochures/consumers/wnhs0474.pdf>

North Bristol NHS Trust, Marea Britanie

<http://www.nbt.nhs.uk/our-services/a-z-services/day-surgery-unit/day-surgery-unit-patient-information-leaflets>

Spitalul Brigham pentru Femei, Boston MA, SUA

http://www.brighamandwomens.org/patients_visitors/yourvisit/daysurg.aspx

Linii directoare pentru realizarea materialelor scrise

Centrele pentru servicii de îngrijire și asistență medicală, Departamentul american de sănătate și servicii umane. 2012. Set de instrumente pentru a face materialele scrise clare și eficiente – Centrele pentru servicii de îngrijire și asistență medicală». CMS.gov.

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/index.html?redirect=/WrittenMaterialsToolkit/>.

Anexa C: CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT

Dr. Ian Jackson, Președinte IAAS, contact ian.jackson@york.nhs.uk.

Merită, probabil, să explorăm problema consimțământului, mai ales pentru că în chirurgia de o zi poate trece o perioadă considerabilă de timp între obținerea consimțământului și realizarea efectivă a intervenției chirurgicale. S-a sugerat că cunoașterea și înțelegerea de către profesioniștii medicali a consimțământului sunt, în cel mai bun caz, incomplete și că această situație sugerează nu numai că se acordă un interes necuvenit conceptelor centrale de autonomie și parteneriat, ci și că asistentele medicale și medicii se pot expune unor acțiuni civile și penale. Din punct de vedere moral, consimțământul informat are două componente fundamentale-

- Furnizarea de informații și
- Consimțământul pentru tratament,

primul necesitând abilități de comunicare, iar ultimul, înțelegere.

Cele 3 criterii de bază pentru consimțământ

- **capacitate** – capacitatea individului de a înțelege tratamentul propus
- **dezvăluirea de informații** –
 - individul trebuie să înțeleagă natura tratamentului propus în termeni largi și de ce a fost prescris
 - divulgarea sau nedivulgarea potențialelor efecte secundare – individul trebuie să înțeleagă beneficiile principale și riscurile și consecințele implicate de absența tratamentului
- **caracterul voluntar** – consimțământul trebuie să fie voluntar; acest lucru nu poate fi garantat dacă individul este sub influența sedării

Merită să ne amintim că acordul poate fi dat verbal, în scris sau prin deducție și toate sunt valabile din punct de vedere juridic, dar numai atunci când aceste 3 componente sunt prezente.

O opinie utilă asupra consimțământului care recunoaște că înseamnă mult mai mult decât a face un pacient să semneze un formular și care subliniază relația dintre asistentă sau medic și pacient – Consiliul Medical General (GMC) din Marea Britanie îl descrie ca un 'parteneriat'.

Consimțământul informat se referă, prin urmare, nu doar la participarea la cercetare sau consimțământul la tratament, ci și la orice relație dintre profesionistul medical și un pacient. Această înțelegere a consimțământului ridică anumite responsabilități pentru asistentele medicale și medici, iar procesul trebuie, prin urmare:

1. să respecte autonomia individuală
2. să protejeze pacientul
3. să evite neadevărurile, constrângerea sau anxietatea
4. să promoveze luarea rațională a deciziilor

Consimțământul informat pentru o procedură este specific acelei proceduri și aceluia pacient. Formularul pentru consimțământul scris este pur și simplu un indiciu că, la data semnării, individul și-a dat consimțământul; nu este o garanție că individul simte încă la fel. În același mod, atunci când pacienții se prezintă la unitatea de chirurgie de o zi, nu este sigur să se presupună că implică, de fapt, consimțământul. În mod ideal, chirurgul ar trebui să verifice și să explice încă o dată natura intervenției chirurgicale, cu beneficiile și limitările sale, atunci când își vizitează pacienții înainte de intervenția chirurgicală. Informațiile furnizate trebuie să fie suficiente pentru a permite luarea unei decizii informate; în trecut, unii clinicieni au crezut că știu ce este mai bine pentru pacienții lor și că furnizarea prea multor informații poate să nu fie în interesul lor. Este clar acum că este greșit să se facă această presupunere. În multe țări, nu există nicio cerință legală potrivit căreia toate posibilele efecte secundare trebuie să fie discutate cu pacientul – cu toate acestea, devine clar din cazurile survenite în multe țări că neglijarea informării pacienților asupra unui potențial efect secundar sau risc poate duce la deschiderea cu succes a unor cazuri împotriva medicului.

În Marea Britanie, liniile directoare ale GMC impun personalului medical

1. *Să furnizeze informații clare, precise, despre riscurile oricărei investigații sau tratament propus, prezentate într-un mod pe care pacienții îl pot înțelege și care îi poate ajuta să ia decizii informate. Cantitatea de informații despre risc pe care ar trebui să le împărtășești pacienților va depinde de pacient și de ceea ce dorește sau trebuie să știe. Discuțiile dumneavoastră cu pacienții ar trebui să se concentreze asupra situației lor individuale și a riscului aferent.*

2. *Pentru a avea discuții eficiente cu pacienții despre risc, trebuie să identificați rezultatele negative care pot apărea din variantele propuse. Aceasta include rezultatul potențial al inacțiunii. Riscurile pot lua o serie de forme, dar vor fi de obicei:
 - a. efecte secundare
 - b. complicații
 - c. eșecul unei intervenții de a-și atinge scopul dorit.*
3. *Trebuie să spuneți pacienților dacă o investigație sau tratament ar putea duce la un rezultat negativ grav, chiar dacă probabilitatea este foarte mică. Ar trebui să comunicați pacienților și reacțiile adverse sau complicațiile mai puțin grave în cazul în care acestea apar frecvent și să explicați ce ar trebui să facă pacientul dacă se confruntă cu oricare dintre ele.*

Pliantele de informare a pacientului specifice procedurii pot ajuta procesul consimțământului la pacienții care sunt motivați să folosească materialul. Cu toate acestea, medicul nu trebuie să presupună că acestea au fost citite. Ele pot fi folosite și în timpul discuției despre consimțământ cu pacientul. Formularele de consimțământ pregătite anterior, care conțin informații despre riscurile discutate, pot fi utile, de asemenea, în timpul procesului de obținerea a consimțământului.

Pacientul refuză să știe despre riscurile și efectele secundare

În cazul în care un pacient refuză să cunoască riscurile și complicațiile, este important să încercați

- Să aflați de ce se întâmplă acest lucru
- Să îi explicați consecințele necunoașterii posibilelor efecte secundare

Dacă refuză în continuare, este important să îi explicați că se poate răzgândi și că poate cere informații în orice moment și să documentați apoi în întregime discuția, de preferat prin documente semnate de dumneavoastră și de pacient.

Lecturi suplimentare

O cantitate mare de informații utile privind consimțământul sunt disponibil pe site-ul GMC din Marea Britanie

http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_index.asp.

În mod similar, Colegiul American al Chirurșilor are informații utile

http://www.facs.org/public_info/operation/consent.html.

Anexa D: Proceduri în chirurgia de o zi

Domnul Gamal Eldin Mohammed, Președinte Ales al IAAS. E-mail: gamal13@gmail.com

Această listă de proceduri în chirurgia de o zi nu va fi completă, dar va oferi cititorului o indicație despre ceea ce este posibil în chirurgia de o zi. Un ghid util este produs de Asociația Britanică de Chirurgie de o Zi – Directorul BADS de proceduri. (<http://www.daysurgeryuk.net/en/shop/publications/>) Acesta enumeră peste 190 de proceduri din 10 specialități și oferă rate orientative care pot fi realizate ca un caz de o zi caz și o ședere scurtă în condiții ideale.

O.R.L.

Gât:

Chirurgia vegetațiilor adenoide și amigdalectomie – în special la copii – este una dintre cele mai frecvente proceduri adecvate pentru chirurgia de o zi. În unele țări, amigdalectomia cu internare pentru adulți este recomandat din cauza posibilității de hemoragie, cu toate acestea trebuie remarcat că multe țări au efectuat această intervenție ca fiind cazuri de zi de mai mulți ani, fără probleme. Cu toate acestea, există o mare diferență în evaluarea chirurgiei de o zi de către pacienți și în circumstanțele sociale care pot influența decizia locală de a oferi acest serviciu.

Chirurgia urechii:

Proceduri cu o abordare transmeatală, cum ar fi plasarea de urechi sau miringoplastia, sunt, în general, efectuate într-o zi. Chiar și procedurile legate anterior de nevoia de repaus postoperatoriu la pat, cum ar fi procedurile cu o abordare transmastoïdală sunt efectuate ca un caz de zi, dar, din nou, acest lucru depinde de împrejurările locale.

Nas:

Aproape toate procedurile nazale (intervenții chirurgicale sinusoidale endoscopice și reconstrucția nasului) pot fi efectuate pe bază ambulatorie.

CHIRURGIE GENERALĂ

Recomandările generale importante pentru tehnicile operative sunt:

- nicio tracțiune inutilă a țesutului;
- nicio tensiune inutilă a țesutului;
- proceduri minim invazive;
- ischemie minimă;
- hemostază completă;
- nicio manipulare inutilă;

Chirurgia herniei:

Tratamentul herniilor inghinale la adulți au trecut de la abordarea clasică (operația Bassini și modificările sale) cu ședere peste noapte, tehnici suturate și anestezie generală sau spinală la o abordare contemporană în care chirurgia cazurilor de o zi, anestezia locală cu sedare și tehnicile cu plasă deschisă (operația Lichtenstein) sunt uzuale.

Chirurgia proctologică:

Aproximativ 90% din toate procedurile anale pot fi efectuate prin chirurgia de o zi: sfincterotomie laterală internă pentru fisurile anale, fistulectomie.

Excizia unuia sau a doi hemoroizi, aplicarea ligaturii arterei hemoroidale HAL pentru hemoroizi, hemoroidectomia folosind tehnica Longo pentru tratarea hemoroizilor de gradul III și IV, Incizii pentru abcesul periproctal

Proceduri proctologice pentru șederea peste noapte (calmarea durerii și controlul rănilor):

fistule mari, excizia chirurgicală pentru hemoroizi de gradul IV (operația Eisenhammer)
Atenție: umplerea canalului anal trebuie evitată, pentru că acest lucru poate duce la retenție urinară.

colecistectomia laparoscopică (LC)

Indicație: pietre la vezică biliară simptomatică
Contraindicații:

colecistita acută
coledocolitiază (confirmată sau suspectată)
necesitatea unor proceduri chirurgicale majore (conversie suspectată)
ASA III (cu excepția cazurilor specificate)
ASA IV

Pacientul poate fi externat acasă în aceeași zi dacă sunt îndeplinite toate criteriile uzuale pentru externare. Este recomandabil să se efectueze în centre în care se asigură șederea în spital pentru 23 de ore, pentru a evita reinternările.

Chirurgia tiroidei:

Hemitiroidectomia pentru noduli cu risc de carcinom poate fi efectuată ca un caz de chirurgie

de o zi. Formare hematoamelor este singura complicație care pune viața în pericol, astfel un timp de recuperare post-operatorie de cel puțin 6 ore este necesar.

CHIRURGIA SÂNULUI:

Leziuni benigne: eliminarea chisturilor, fibroadenoamelor, biopsii ale leziunilor palpabile/nepalpabile, excizia canalului, corecția de ginecomastie

Leziuni maligne: operațiile de o zi pentru cancerul de sân sunt în creștere ca urmare a apariției biopsia ganglionilor limfatici santinelă care înlocuiește disecția ganglionilor limfatici axilari pentru cancerul mamar primar

GINECOLOGIE

Procedurile ginecologice comune potrivite pentru îngrijirea de o zi sunt:

Histeroscopia diagnostică, histeroscopia operatorie pentru leziuni proeminente în cavitatea uterină (fibroidele), ablația endometrială prin histeroscopie și resectoscop

embolizarea fibroidelor uterine folosind angiografia, sterilizarea femeii, laparoscopia diagnostică, Hidrolaparoscopia.

Laparoscopia operatorie:

Contraindicații:

uter extrem de mare

patologia ovarelor (chisturi ovariene) și tumorile maligne suspectate

Indicații:

sarcină extrauterină, îndepărtarea chisturilor mici și benigne de pe ovare, histerectomie, miomectomie și chirurgie prolapsului

CHIRURGIE OFTALMICĂ

Chirurgia cataractei: cea mai frecventă procedură chirurgicală de o zi. Este, în general, efectuată cu anestezie zonală sau locală.

chirurgie oculoplastică, chirurgia strabismului, glaucom, dacriocistorinostomie, chirurgie refractivă

CHIRURGIE ORALĂ ȘI MAXILO-FACIALĂ

Aproape 90% din totalul intervențiilor chirurgicale orale și maxilo-faciale sunt efectuate sub anestezie locală și ca o procedură de o zi:

extracția dinților cariati la copii, eliminarea dinților afectați, expunerea chirurgicală a caninilor afectați

Anestezia generală poate fi întreprinsă în următoarele proceduri de o zi:

enucleația chisturilor marilor, a chisturilor foliculare sau a keratocisturilor, marsupializarea chisturilor de retenție mucoase din cerul gurii, excizia glandei salivare sublinguale

auto-transplantul de premolari și molari, implantologia dentară

CHIRURGIA ORTOPEDICĂ

Genunchi

artroscopia genunchiului (diagnostic)

tratamentul artroscopic al leziunilor minore (leziuni de menisc, extracția corpurilor cartilaginoase libere, debridarea leziunilor cartilaginoase mici

îndepărtarea artroscopică a materialului de osteosinteză

reconstrucția artroscopică a ligamentului încrucișat anterior

Umăr

artroscopie și examinare sub anestezie generală acromioplastie artroscopică și minideschisă

resecția părții laterale a claviculei

stabilizare artroscopică a articulațiilor (de exemplu, reparația Bankart)

Cot

artroscopie și examinare sub anestezie generală

tratamentul artroscopic al leziunilor minore

eliberarea tendonului extensor pentru tratarea cotului jucătorului de tenis

transpoziția nervului ulnar

eliminarea șuruburilor și plăcilor și/sau a cerclajelor

Încheietura mâinii/ mână (95% din cazurile chirurgiei de o zi sub anestezie locală)

tratamentul artroscopic al leziunilor minore (de ex. corpuri cartilaginoase libere, biopsie sinovială)

eliberarea tunelului carpian

artroplastia articulației CMC I pentru osteoartrită

chirurgia articulațiilor degetului pentru artrita

reumatoidă

chirurgia contracturii Dupuytren

Picior:

chirurgia monturilor (hallux valgus)
artroplastia cu rezecție sau artrodeza pentru
malformațiile degetelor în ciocan

Gleznă

tratatamentul artroscopic al leziunilor minore (de ex.
corpuri cartilaginoase libere, biopsie
sinovială)
reconstrucția ligamentelor (laterală sau sindesmoză)

îndepărtarea materialului de osteosinteză

Coloana vertebrală

îndepărtarea materialului de osteosinteză
microdiscectomie pentru tratamentul unei hernii de
disc intervertebral

Șold

îndepărtarea materialului de osteosinteză

CHIRURGIA INFANTILĂ

Copiii trebuie internați în spital doar în cazul în care îngrijirile de care au nevoie nu pot fi furnizate la fel de bine la domiciliu sau pe prin intervențiile de o zi. În chirurgia de o zi, standardele medicale, de asistență, psihologice și de îngrijire trebuie să fie comparabile cu cele pentru pacienții internați.

Proceduri chirurgicale pediatrice uzuale:

hernie inghinală și hidrocel, hernie ombilicală, orhidopexie, circumcizie, leziuni ale pielii
chisturi dermoide

CHIRURGIA PLASTICĂ

Chirurgia încheieturii mâinii/ mâinii:

aceleași proceduri din ortopedie sunt aplicate de către chirurgii plasticieni

Chirurgie cosmetică:

blefaroplastie, augmentarea sânelui, lifting facial, abdominoplastie cu și fără liposucție (cu drenuri scoase în dimineața următoare), operațiile de reconstrucție (Z-plastie, V-Y plastie)

UROLOGIE

Proceduri urologice generale:

Vasectomie, hidrocelectomie, varicocelectomie, inversarea vasectomiei, circumcizie

Proceduri minim invazive

rezecție transuretrală a tumorilor vezicii urinare, intervenții ureteroscopice pentru pietre ureterice
ESWL pentru tratamentul pietrelor.

CHIRURGIA VASCULARĂ

Procedura cea mai frecventă este operația pentru venele varicoase (obliterarea endovenoasă chirurgicală prin radiofrecvență, laser)

Proceduri minim invazive

divizare endoscopică subfacială (SEPS) pentru rezecția venelor incompetente perforante
simpatectomie toracică (tratamentul hiperhidrozei sau al bolii Raynaud)
proceduri endovasculare precum stentarea arterei carotide.

Anexa E: Durerea preventivă și strategii PONV pentru optimizarea calității îngrijirii pentru pacienții cu cazuri de o zi.

Dr. Jan Jakobsson. Profesor Adjunct, Anestezie & Terapie Intensivă, Instituția pentru Fiziologie & Farmacologie, Institutul Karolinska, Stockholm. Suedia. Email: Jan.Jakobsson@ki.se

Managementul durerii

Managementul multimodal echilibrat preventiv al durerii fără opioide a devenit standardul de aur pentru a îmbunătăți managementul perioperatoriu al durerilor postoperatorii. Strategia are drept scop reducerea nevoii de analgezice opioide și, astfel, a efectelor secundare ale sedării asociate opioidelor, a grețurilor/vărsături și a depresiei respiratorii. Toate acestea sunt factori care pot întârzia externarea rapidă și sigură.

Conceptul combinării unor medicamente cu diferite moduri de acțiune care vizează un efect analgezic aditiv cu un minim de efecte secundare este folosit acum de aproape două decenii.

Combinarea anesteziei locale, a paracetamolului, a AINS și a celei mai mici doză eficiente de opioide este o practică bine stabilită.

Tehnicile cu blocuri ghidate cu ultrasunete au devenit tot mai populare printre tinerii anesteziști și o varietate de blocuri majore și periferice sunt astăzi utilizate în conjuncție cu o intervenție chirurgicală pentru controlul durerii intra- și postoperatorii. Infiltrația locului de intervenție chirurgicală este o alternativă simplă și sigură.

Există dovezi pentru furnizarea anesteziei locale înainte de incizie chiar și la pacienții cu anestezie generală pentru a reduce nevoia de analgezic intraoperatoriu și, de asemenea, pentru a facilita cursul durerii postoperatorii. Doza standard a unui anestezic local cu acțiune îndelungată, de exemplu bupivacaină sau chirocaină, este recomandată pentru a prelungi durata.

Dacă se folosește infiltrația locului de intervenție chirurgicală, combinarea infiltrației pre-incizionale cu infiltrațiile ulterioare la închiderea răni va oferi analgezie intra- și postoperatorie.

Paracetamol este un analgezic sigur și merită furnizat ca medicament de bază împotriva durerii. Doza de pornire la un pacient naiv în raport cu paracetamolul poate fi mărită la 30 mg/kg. La adulții sănătoși, 2 grame administrate pe cale orală cu 60 – 90 de minute înainte de a începe anestezia oferă concentrația plasmatică terapeutică la timp pentru operație.

Paracetamol 1 gram de patru ori pe zi pentru controlul durerii postoperatorii este un medicament de bază sigur. Medicamentele analgezice nesteroidiene, AINS, au efecte analgezice bine cunoscute, iar locul lor ca parte a analgeziei multimodale/echilibrate este bine documentat. Calea orală este ieftină, sigură și eficientă. Doza standard luată în combinație cu paracetamolul oral cu 60 – 90 de minute înainte de o intervenție chirurgicală asigură analgezie preventivă.

Ibuprofen 800 Mg de trei ori pe zi este un adaos eficient la paracetamol.

Coxib sunt o alternativă atractivă. Coxib au fost dezvoltate pentru a reduce riscul sângerării tractului GI, iar efectul lor asupra funcției plachetare este minor. Coxib reduc la minimum riscul de sângerare indusă de medicamente. Celecoxib oral de 400 mg preoperatoriu și de 200 de mg de două ori pe zi sau doze de atac de 120 mg de Etoricoxib urmate de 90 mg o dată pe zi sunt 2 alternative diferite la Ibuprofen.

Factorii de risc cum ar fi sensibilitatea la AINS/acid acetilsalicilic, istoricul sângerărilor GI și/sau al bolilor cardiovasculare, desigur, trebuie să fie recunoscuți. Coxib în combinație cu un inhibitor de pompă de protoni pare rezonabil pentru a reduce la minimum riscul de sângerare GI. Naproxenul a fost indicat ca fiind asociat celui mai scăzut nivel de risc cardiovascular/tromboembolic. Ca regulă generală, trebuie să prescriem aceste medicamente pentru o scurtă perioadă postoperatorie și acest lucru nu ar trebui să cauzeze probleme majore.

O singură doză intravenoasă de 4 mg de Dexametazonă a devenit tot mai utilizată ca parte a prevenirii PONV și există un sprijin tot mai mare pentru proprietățile analgezice suplimentare dacă doza este mărită la 0,1 mg/kg. Steroidul trebuie să fie administrat precoce, dar cel mai bine este administrat după ce pacientul este anesteziat – dacă este administrat pacienților conștienți, poate genera disconfort perineal considerabil.

Riscul asociat dozelor unice preoperatorii de Dexametazonă este scăzut și liniile directoare recente sugerează că steroizii nu trebuie să fie reținuți la pacienții cu diabet zaharat controlat, iar creșterea de scurtă durată a glicemiei trebuie să fie manipulată în mod corespunzător.

Medicația de urgență cu opioide trebuie să fie disponibilă. Oxycodona a devenit populară în unele țări, dar alegerea opioidului de urgență trebuie făcută pe baza tradițiilor locale. Trebuie sugerată cea mai mică doză eficientă.

Prevenirea grețurilor și vărsăturilor postoperatorii

Astfel, toate tehnicile de mai sus pot contribui la prevenirea grețurilor și vărsăturilor postoperatorii (PONV). Dacă utilizați tehnicile descrise, atunci rata PONV va fi redusă. Cu toate acestea, pentru cei care experimentează PONV, reduce vizibil calitatea percepută a îngrijirii și poate întârzia externarea. A devenit o practică standard să se noteze riscul pentru PONV și să se administreze profilaxia/prevenirea în conformitate cu riscul. Există un calculator gratuit online al riscului PONV pentru cazurile de o zi furnizat de către Asociația Britanică de Chirurgie de o Zi care poate fi găsit la <http://www.daysurgeryuk.net/en/resources/ponv-calculator/>

Există, de asemenea, o prezentare gratuită despre fundalul dezvoltării acestui instrument

<http://videos.bads.101test1.co.uk/SWF/PONV/PONV.html>

Utilizarea administrării de rutină a antiemeticelelor profilactice este ceva ce fiecare unitate ar trebui să analizeze – multe unități de genul unității descrise în prezentarea de mai sus folosesc numai profilaxia la cei cu risc ridicat de PONV.

Tabelul 1. Regim analgezic postoperatoriu sugerat

	Zile după intervenția chirurgicală	Post-operator /ziua 1	Post-operator /ziua 2	Post-operator /ziua 3	Post-operator /ziua 4	Post-operator /ziua 5	Post-operator /ziua 6
<i>Paracetamol 1gr.</i>	Doza de atac 2 gr 1 g x 3	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4
<i>Etoricoxib</i>	120 mg x 1	90 mg x 1	90 mg x 1	90 mg x 1	urgență	urgență	
<i>Oxicodonă SR</i>	10 mg x 2	10 mg x 2	10 mg x 2				

Referințe:

1. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M et al (2004) Un experiment factorial al șase intervenții pentru prevenirea grețurilor și vărsăturilor postoperatorii. N Engl J Med 350:2441–2451.
2. Apfel CC, Philip BK, Cakmakkaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB, Allard M, Turan A, Windle P, Odom-Forren J, Hooper VD, Radke OC, Ruiz J, Kovac A. Cine prezintă risc de greață și vărsături după o intervenție chirurgicală ambulatorie? Anesteziologie. 2012 Sep;117(3):475-86.
3. Warren-Stomberg M, Brattwall M, Jakobsson JG. Analgezice neopioidice pentru managementul durerii după o intervenție chirurgicală ambulatorie, o revizuire. Minerva Anesthesiol. 2013 Mar 19. [Publicare electronică înainte de imprimare]
4. Jakobsson J. Doze unice preoperatorii de Dexametazonă intravenoasă în timpul chirurgiei ambulatorii: actualizare beneficiu versus risc. Curr Opin Anaesthesiol. 2010 Dec;23(6):682-6.
5. De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Ahmad S, Kendall MC, McCarthy RJ. Dexametazonă pentru a preveni greața și vărsăturile postoperatorii: o meta-analiză actualizată a experimentelor controlate randomizate. Anesth Analg. 2013 Jan;116(1):58-74.
6. Franck M, Radtke FM, Baumeyer A, Kranke P, Wernecke KD, Spies CD. Respectarea liniilor directe privind tratamentul pentru greața și vărsăturile postoperatorii. Cât de bine duce transferul de cunoștințe în îmbunătățirea îngrijirii clinice?. Anaesthesist. 2010 Jun;59(6):524-8.
7. Voigt M, Fröhlich CW, Waschke KF, Lenz C, Göbel U, Kerger H. Profilaxia grețurilor și a vărsăturilor postoperatorii în chirurgia electivă a sânilor. J Clin Anesth. 2011 Sep;23(6):461-8.

Anexa F: Capitol – Indicatori de calitate / clinici

Paulo Lemos, MD, cu colaborarea partenerilor DSDP

Introducere

Există o recunoaștere în creștere a faptului că o capacitate de evaluare și raportare a calității este o piatră de temelie esențială pentru îmbunătățirea la nivel de sistem a furnizării serviciilor medicale și a rezultatelor pacienților.

Organizațiilor din domeniul sănătății li se solicită frecvent să furnizeze date privind multe aspecte ale activității lor. Rezultatele indicatorilor clinici oferă informații valoroase în evaluarea performanței serviciilor medicale. Acest accent pus pe managementul performanței a apărut prin creșterea concurenței, un accent mai recent pe îmbunătățirea calității și siguranță și o creștere a cererii pentru dovezi ale performanței.

În afară de activitatea desfășurată de Consiliul Australian privind standardele de asistență medicală (ACHS) din anul 1989, indicatorii clinici nu sunt încă instrumente de rutină de evaluare a performanței calității în întreaga lume. Popularitatea chirurgiei de o zi este în continuă creștere din cauza avantajelor clinice, economice și sociale asociate. Ratele scăzute ale evenimentelor adverse sau ale complicațiilor din timpul perioadei perioperatorii sau imediat post-operatorii justifică în continuare dezvoltarea rapidă a chirurgiei de o zi.

Cu toate acestea, aceste programe chirurgicale trebuie monitorizate continuu pentru a garanta că servicii de înaltă calitate sunt asigurate populației. Indicatorii clinici și, mai ales, măsurarea rezultatelor trebuie implementate pentru a asigura un mediu sigur, eficace și eficient în chirurgia de o zi.

Identificarea indicatorilor clinici universal acceptați pentru asigurarea calității în chirurgia de o zi este una dintre cele mai importante obiective ale Asociației Internaționale de Chirurgie Ambulatorie (IAAS) și materializarea sa este una dintre realizările importante în asigurarea standardelor înalte de asistență pe care le urmărim pentru chirurgia de o zi.

Recent, IAAS a dezvoltat un proiect european numit Proiect de date despre chirurgia de o zi (DSDP), finanțat de Comisia Europeană, menit să identifice și să valideze un set de indicatori și să dezvolte sisteme de informații în chirurgia de o zi din Europa. Acest proiect își propune, de asemenea, să analizeze datele despre chirurgia de o zi și indicatorii de sănătate atât la nivelul organizației internaționale, cât și al statelor membre.

Indicatori clinici

Indicatorii clinici sunt norme, criterii, standarde și alte măsuri directe calitative și cantitative folosite pentru a determina calitatea asistenței medicale. Aceștia încearcă să descrie efectele asistenței asupra stării de sănătate a pacienților și a populației. Trebuie să fie ușor de definit și analizat, să fie valabili și de încredere, iar indicatorul măsurat trebuie să apară cu o anumită frecvență și să reflecte un aspect important al calității.

Pentru a avea o prezentare generală a problemelor legate de calitate, DSDP a identificat diferite dimensiuni ale performanței în chirurgia de o zi, cum ar fi datele de intrare, caracteristicile pacienților, accesul, procesul, randamentul, rezultatul, siguranța, satisfacția / capacitatea de reacție și costul / productivitatea. Indicatorii aferenți încearcă să evalueze serviciile chirurgicale de o zi într-o nivel unitar au fost divizați într-o listă de indicatori esențiali (Tabelul 1) și ideali (Tabelul 2). Acești indicatori s-au bazat pe definițiile propuse de către IAAS pentru chirurgia ambulatorie / chirurgia de o zi, chirurgia pe bază de cabinet și chirurgia cu internare de scurtă durată și pe lista procedurilor standard care trebuie avută în vedere atunci când se face raportarea la nivel internațional (Tabelul 3).

Tabelul 1: Setul esențial al indicatorilor pentru chirurgia de o zi la nivel de unitate de chirurgie de o zi

Acces	Media timpului de așteptare pentru lista globală a procedurilor standard și pentru fiecare procedură standard
Proces	% din pacienții care au primit o evaluare pre-anestezie înainte de chirurgia de o zi
Randament	Numărul (și % pentru unitățile neautonome) de intervenții chirurgicale electiv efectuate ca intervenții chirurgicale de o zi pentru lista globală a procedurile standard electiv și pentru fiecare procedură standard electivă
Rezultat	Rata fatalității într-un interval de 30 de zile pentru pacienții supuși oricărei proceduri standard electiv % internare peste noapte neplanificată % reinternare neplanificată în spital sau într-o facilitate de îngrijire intensă într-un interval de 7 zile
Siguranță	% din internările pentru chirurgia de o zi care au experimentat locuri necorespunzătoare, părți necorespunzătoare, pacienți necorespunzători, proceduri necorespunzătoare sau implant necorespunzător

	% de infectare a plăgii chirurgicale
Satisfacția și capacitatea de reacție a pacientului	% de pacienți mulțumiți în general
Cost și productivitate	% anulări ale procedurilor chirurgicale fără notificare de către pacient ("nu a reușit să ajungă" sau "nu s-a prezentat") % anulări ale procedurii rezervate după sosirea la DSU

Tabelul 2: Setul ideal al indicatorilor pentru chirurgia de o zi la nivel de unitate de chirurgie de o zi

Date de intrare	Numărul și % de paturi pentru chirurgia de o zi / paturi totale pentru intervențiile chirurgicale (pentru unitățile neautonome)
Acces	Media timpului de așteptare pentru fiecare procedură standard
Proces	% de pacienți cu evaluare preoperatorie și teste standardizate % de pacienți care au primit o evaluare pre-anestezie înainte de chirurgia de o zi
Randament	Numărul de intervenții pe fiecare procedură standard și procedurile standard totale pe an % de intervenții chirurgicale electiv efectuate pe baza chirurgiei de o zi prin fiecare procedură standard și totalul procedurilor standard (pentru unitățile neautonome)
Rezultat	Rata fatalității într-un interval de 30 de zile pentru pacienții supuși oricărei proceduri standard electiv % internare peste noapte neplanificată din motive: chirurgicale anestezice / medicale sociale / administrative % reveniri neplanificate în sala de operații într-un interval de 24 de ore % reinternarea neplanificată în spital sau într-o facilitate de îngrijire intensă: într-un interval de 24 de ore într-un interval de 7 zile
Siguranță	Reacții adverse chirurgicale și anestezice în procente: sângerare postoperatorie care necesită tratament într-un interval de 2 ore și 24 ore transfuzie neplanificată stop cardiorespirator greață necontrolată în interval de 2 ore și 24 ore durere necontrolată în interval de 2 ore și 24 ore % de internări la DSU care au experimentat locuri necorespunzătoare, părți necorespunzătoare, pacienți necorespunzători, proceduri necorespunzătoare sau implant necorespunzător % de internări la DSU care au experimentat erori în limitele DSU % de infectare a plăgii chirurgicale % septicemie postoperatorie % erori de medicație
Satisfacția și capacitatea de reacție a pacientului	% externări cu plângeri scris pe motive: clinice manierele prestatorilor organizatorice
Cost și productivitate	% anulări ale procedurilor chirurgicale fără notificare de către pacient ("nu a reușit să ajungă" sau "nu s-a prezentat") % anulări ale procedurii rezervate după sosirea la DSU: afecțiune medicală pre-existentă motive organizatorice % sesiuni de operații utilizate din sesiunile de operații planificate săptămânal % proceduri cu începere întârziată, adică cu întârzieri > 30 de minute față de ora stabilită pentru procedura chirurgicală până la începerea efectivă Media timpului de operare a fiecărei proceduri standard pentru procedura chirurgicală

Tabelul 3: Lista DSDP a procedurilor standard bazate pe proceduri chirurgicale OCDE

13.1 – 13.7	Chirurgia cataractei
-------------	----------------------

28.2 – 28.3	Amigdalectomie cu sau fără adenoidectomie
38.5	Ligatura / striparea venelor varicoase
51.23	Colecistectomia laparoscopică
53.0 – 53.1	Hernie inghinală și femurală
60.2	Prostatectomie (transuretrală)
68.51	Histerectomie (numai vaginală)
85.21	Chirurgia conservării sânilor
85.4	Mastectomie
80.26	Artroscopia genunchiului

În cele din urmă, DSDP a dezvoltat seturi esențiale (Tabelul 4) și ideale (Tabelul 5) de indicatori la nivel național / regional, cu scopul special de a permite comparații ale performanței între țări.

Tabelul 4: Setul esențial de indicatori pentru chirurgia de o zi la nivel național / regional

Date de intrare	Numărul și % de DSU după proprietatea publică și privată: <ul style="list-style-type: none"> • Integrate • Parțial integrate • Autonome
Acces	Media timpului de așteptare pentru lista globală a procedurilor standard și pentru fiecare procedură standard
Randament	% de intervenții chirurgicale electiv efectuate pe baza chirurgiei de o zi pentru lista generală a procedurilor standard electiv și pentru fiecare procedură standard electivă
Rezultat	Rata fatalității într-un interval de 30 de zile pentru pacienții supuși oricărei proceduri standard electiv % internare peste noapte neplanificată % internări la chirurgia de o zi revenite în sala de operații într-un interval de 7 zile
Siguranță	% de internări la chirurgia de o zi care au experimentat locuri necorespunzătoare, părți necorespunzătoare, pacienți necorespunzători, proceduri necorespunzătoare sau implant necorespunzător
Cost și productivitate	Cheltuieli de îngrijire pentru chirurgia de o zi ca valoare absolută și % din cheltuielile medicale totale

Tabelul 5: Setul ideal de indicatori pentru chirurgia de o zi la nivel național / regional

Date de intrare	Numărul și rata sălilor de operații dedicate în totalitate chirurgiei de o zi / totalul sălilor de operații disponibile
Acces	Media timpului de așteptare pentru lista globală a procedurilor standard și pentru fiecare procedură standard
Proces	% de pacienți care au primit o evaluare pre-anestezie înainte de chirurgia de o zi
Randament	% de intervenții chirurgicale electiv efectuate pe baza chirurgiei de o zi prin lista generală a procedurilor standard și pentru fiecare procedură standard
Rezultat	Rata fatalității într-un interval de 30 de zile pentru pacienții supuși oricărei proceduri standard electiv % internare peste noapte neplanificată din motive: chirurgicale anestezice / medicale sociale / administrative % reveniri neplanificate în sala de operații într-un interval de 24 de ore % reinternarea neplanificată în spital într-un interval de 7 zile
Siguranță	% de internări la chirurgia de o zi care au experimentat locuri necorespunzătoare, părți necorespunzătoare, pacienți necorespunzători, proceduri necorespunzătoare sau implant necorespunzător % de internări la chirurgia de o zi cu infectarea plăgii chirurgicale % de internări la chirurgia de o zi cu septicemie postoperatorie
Satisfacția și capacitatea de reacție a pacientului	% de pacienți mulțumiți în general de chirurgia de o zi
Cost și productivitate	Cheltuieli de îngrijire pentru chirurgia de o zi ca valoare absolută și % din cheltuielile medicale totale

Argument pentru utilizarea diferitelor dimensiuni ale indicatorilor de performanță în chirurgia de o zi

Indicatori pentru datele de intrare

Disponibilitatea resurselor este o precondiție în prestarea serviciilor. Pentru nivelul național, măsurile simple de alocare a resurselor pentru chirurgia de o zi sunt cifre referitoare la numărul și proporția de DSU, cu diferențiere între cele integrate și cele autonome, și numărul de săli de operații complet dedicate chirurgiei de o zi. Aceste măsuri indică în mod clar dacă o politică eficientă de promovare a chirurgiei de o zi a fost proiectată și implementată cu succes sau, dimpotrivă, dacă chirurgia rămâne o afacere ca de obicei, ignorând avantajele substanțiale ale chirurgiei de o zi în ceea ce privește siguranța, satisfacția pacienților și eficiența.

Indicatori pentru acces

Accesul se referă la disponibilitatea DSU într-o anumită zonă geografică și populație; mai semnificativ, accesul implică timpul de așteptare între un diagnostic și procedura relevantă. Indicatorul de acces "Media timpului de așteptare per ansamblu și pentru fiecare procedură standard" măsoară cât de mult timp, în medie, este necesar între o cerere pentru o procedură și furnizarea efectivă a acesteia. Într-un context al extinderii nevoii de servicii chirurgicale datorită unei populații în creștere care îmbătrânește și scăderii finanțelor publice, timpii de așteptare sunt o problemă inevitabilă. Relevanța acesteia derivă și din sensibilitatea sa politică; unele servicii naționale de sănătate acordă dreptul de a accesa serviciile într-un interval maxim de așteptare. Gradul de respectare pentru un astfel de drept trebuie să fie monitorizat.

Indicatori pentru proces

Procesele sunt activități de asistență medicală realizate de furnizori către pacienți și pentru pacienți, de exemplu un test de diagnosticare sau o procedură chirurgicală. Măsurile proceselor clinice sunt înregistrate și analizate acolo unde serviciile sunt furnizate și informațiile despre acestea au relevanță limitată la nivelurile manageriale de top. "Procentul de pacienți care au primit o evaluare pre-anestezie înainte de chirurgie de o zi" este un indicator care semnalează dacă serviciile sunt bine organizate și conștiente de nelipsitul potențial de a afecta pacienții. Evaluarea pre-anestezie previne atât anulările, cât și complicațiile la pacienții la care sunt descoperite contraindicații medicale abia înainte sau chiar în timpul sau după o procedură. Procentul de pacienți cu evaluări preoperatorii și teste standardizate are semnificații similare.

Indicatori pentru randament

Indicatorii de randament dezvăluie volumul absolut de activități exercitate de un sistem sau de o unitate. Aceștia măsoară, de asemenea, proporția de proceduri efectuate pe baza chirurgiei de o zi din cele care trebuie să fie efectuate prin această abordare. Astfel "Procentul de intervenții chirurgicale electiv efectuate ca chirurgie de o zi pentru lista globală a procedurilor standard electiv și pentru fiecare procedură standard" este, de asemenea, un indicator al caracterului corespunzător al îngrijirii. Acest lucru presupune că acesta determină măsura în care performanța chirurgiei de o zi atinge obiectivul de a oferi servicii pentru aproximativ 80% din nevoile chirurgicale.

Indicatori pentru rezultate

Rezultatele au de a face cu gradul de îmbunătățire sau, din contră, cu deteriorarea stării de sănătate a pacienților ca o consecință a întâlnirilor cu asistența medicală. Cu alte cuvinte, un rezultat este un efect în termeni pozitivi sau negativi, schimbări în starea de sănătate a pacienților pe termen scurt sau lung, de exemplu deces în interval de o săptămână de la procedură sau de la problema de sănătate, de exemplu hernie inghinală, tratată încă la cinci ani după procedură.

Atât unitățile naționale, cât și cele individuale ar trebui să colaționeze indicatorul "Rata fatalității într-un interval de 30 de zile pentru pacienții supuși oricărei proceduri standard electiv". Acesta trebuie să fie stratificat după specialități și, de asemenea, după proceduri, deoarece riscul de deces la îndepărtarea cataractei este foarte diferit de cel inerent în procedurile de înlocuire la genunchi.

Celelalte măsuri ale rezultatelor din liste sunt indicatori delegați. Acest lucru înseamnă că utilizează măsuri indirecte, care sunt mai ușor de colectat și de interpretat, de exemplu proporția de internări neplanificate sau proporția de pacienți care revin în sala de operație într-un interval de o săptămână, dar reflectă încă dimensiunea rezultatului (și a siguranței). Spitalizările neplanificate, internările în spital sau revenirea în sala de operație într-un interval de 24 de ore sau de o săptămână de la o procedură chirurgicală de o zi sunt semne clare că procesele clinice sau administrative sunt problematice. Utilitatea indicatorilor delegați derivă și din faptul că evenimentele

măsurate de aceștia sunt mult mai frecvente decât decesele pacienților. Internarea neplanificată sau reîntoarcerea în spital trebuie asimilate și gestionate ca semn de avertizare al proceselor disfuncționale care nu trebuie să fie ignorat. Episoadele similare trebuie să direcționeze managerii și furnizorii spre studiul în profunzime al asigurării serviciilor chirurgicale de o zi și să ia în considerare necesitatea reprojectării structurilor, proceselor și procedurilor și, eventual, a recalificării personalului.

Indicatori privind siguranța pacienților

Siguranța implică furnizarea de servicii în absența reacțiilor adverse care pot fi prevenite; a fost recunoscut ca un element cheie al sănătății încă de la jurământul lui Hipocrate. Începând cu publicarea în 1999 a studiului Institutului de medicină "A greși este omenesc", siguranța pacienților a devenit un subiect care nu poate fi ignorat de către sistemele moderne de asistență medicală. Numeroase studii au adus la lumină realitatea potrivit căreia erorile medicale și reacțiile adverse în furnizarea asistenței medicale sunt mult mai frecvente decât se credea anterior și că multe dintre ele, aproximativ jumătate, sunt evitabile. Dincolo de daunele produse pacienților, aceste rezultate potențial evitabile cresc frecvent durata și costul internării, adăugându-se în mod semnificativ la dificultățile economice ale organizațiilor de sănătate și ale sistemelor în ansamblu, incluzând chirurgia de o zi. Erorile, de asemenea, compromit credibilitatea profesioniștilor, precum și a echipelor, rețelelor și a întregilor instituții. Un cerc vicios de erori, activități reluate și rețineri financiare, urmate de alte dificultăți financiare din cauza costurilor pe care le implică erorile și consecințele acestora, cum ar fi procedurile repetate și spitalizările prelungite, au devenit normă în spitalele și ambulatoriile care nu pot sau nu doresc să se confrunte sistematic cu siguranța pacienților. Acest lucru nu este atât de special în cadrul organizațiilor capabile să proiecteze servicii fiabile în care preocuparea pentru posibilele eșecuri reprezintă o prezență constantă. În rezumat, erorile medicale trebuie și reacțiile adverse trebuie să fie monitorizate.

Erorile și locurile/părțile/pacienții neadecvați sunt bine documentate și probleme periculoase de siguranță în îngrijirea medicală; programul încărcat cu volum mare de proceduri care caracteriză chirurgia de o zi este posibil să facă din aceste reacții adverse potențiale amenințări care trebuie monitorizate. Prin urmare, "Procentul de internări la chirurgia de o zi care au experimentat locuri necorespunzătoare, părți necorespunzătoare, pacienți necorespunzători, proceduri necorespunzătoare sau implant necorespunzător" trebuie inclus în fiecare dintre cele patru liste și "Procentul de internări la DSU care au experimentat o eroare în limitele DSU" trebuie inclus în seturile ideale pentru DSU. Cu excepția listelor esențiale pentru nivelul național, indicatorii care măsoară frecvența de infectare a plăgilor trebuie calculați.

Indicatorii de cost / productivitate

Indicatorii de cost se referă la cheltuielile efective pentru chirurgia de o zi, ca sumă absolută sau în raport cu totalul cheltuielilor medicale. Un serviciu productiv și eficient nu suportă cheltuieli inutile cronice și substanțiale. Exemplele de măsurare a cheltuielilor inutile sunt "Procentul de anulări ale procedurilor chirurgicale fără notificare de către pacient ("nu a reușit să ajungă" sau "nu s-a prezentat")" și "Procentul de anulare a procedurii rezervate după sosirea la DSU". "Întârzierile recurente ale procedurilor chirurgicale" și "Procentul de sesiuni de operație utilizate din sesiunile săptămânale planificate de operații" sunt alte situații vizate. Un obiectiv cheie pentru manageri este să utilizeze resursele astfel încât să își maximizeze randamentul. Aceasta este perspectiva economiștilor, adică să se încerce întotdeauna o abordare cât mai bună, având în vedere resursele disponibile specificate.

Indicatorii de satisfacție a pacienților

Sistemele de asistență medicală și organizațiile individuale care furnizează servicii există pentru a rezolva problemele de sănătate ale cetățenilor. Nucleul îmbunătățirii continue a calității este orientarea organizației spre satisfacerea nevoilor și așteptărilor clienților săi. Unii cetățeni și profesioniști nu agreează utilizarea cuvântului "clienți", dar utilizarea unui nume este mai puțin semnificativă decât teza despre utilizatori ca punct central al furnizării serviciilor.

Esențială pentru crearea și menținerea îngrijirii de calitate este înțelegerea aprofundată a clienților și a nevoilor lor. Înființarea unei organizații orientate spre client presupune un veritabil angajament de măsurare, înțelegere și îndeplinire a așteptărilor clientului. Ca și în cazul oricărei reorientări a unei organizații, adaptarea la o focusare orientată spre client implică schimbări în cultura sa, înțelegerea partajată a rațiunii sale de a fi și procesele utilizate pentru a desfășura activitatea. O organizație paternalistă și birocratică rămâne insensibilă în fața clienților și ar putea încă să adopte instrumente pentru a măsura satisfacția pacienților pentru a arăta un devotament nesincer față de o problemă corectă din punct de vedere politic.

Setul DSDP de indicatori esențiali la nivel național nu include niciun indicator de satisfacție a pacienților și acest lucru are sens deoarece variabilitatea între unități și zone este largă și o măsură medie ar ascunde această

discrepanță. Lista esențială pentru DSU include o măsură generică a satisfacției globale în raport cu serviciile. Același indicator este recomandat pentru setul ideal la nivel național, întrucât frecvența relativă a externărilor cu plângeri scrise din cauze clinice, datorită manierelor furnizorilor și din motive organizatorice este considerată utilă pentru unități.

Evident, un sondaj privind satisfacția pacienților trebuie să fie standardizat în rândul sistemelor și unităților și trebuie să includă, de asemenea, și măsuri mai specifice de analizat într-o anumită situație. De exemplu, un alt indicator util ar putea fi procentul de pacienți care ar recomanda aceleași servicii prietenilor.

Concluzie

Prin creșterea continuă a chirurgiei de o zi, evaluarea diferitelor dimensiuni ale programului de chirurgie de o zi ca întreg devine tot mai importantă, pentru a realiza programe de chirurgie de o zi sigure, eficiente și eficiente, de înaltă calitate, orientate spre pacient, pentru o populație foarte mulțumită. Introducerea indicatorilor clinici în practica chirurgiei de o zi poate avea un rol determinant în atingerea acestor obiective. Cercetarea rezultatelor în noile evoluții din chirurgia de o zi trebuie să continue în viitor, cu scopul de a îmbunătăți mereu calitatea îngrijirii pacientului.

Lecturi suplimentare

Proiect de date despre chirurgia de o zi. Raport final. (<http://www.dsdp.eu>)

Lemos P, Barros F (2011). Măsurile rezultatelor. În: Chirurgia de o zi, Smith I, McWhinnie D, Jackson I (ed.), Oxford University Press (OUP), Marea Britanie. Cap. 16.

Lemos P, Regalado AM (2006). Rezultatele pacienților și indicatorii clinici pentru chirurgia ambulatorie. În: Lemos P, Jarrett P, Philip B, ed. Chirurgia de o zi, dezvoltare și practică, Asociația Internațională de Chirurgie Ambulatorie, Porto. Cap. 12.

Consiliul Australian privind standardele de asistență medicală (2008). Raportul australian al indicatorilor clinici, 2001-2007: determinarea potențialului de îmbunătățire a calității îngrijirii, a 9-a ed.

(http://www.achs.org.au/pdf/AustralasianClinicalIndicatorReport_9thEdition_FullReport.pdf)

Asociația Britanică a Chirurgiei de o Zi (2009). Directorul de proceduri BADS, a 3-a ed.

Comisia de Asistență Medicală (2005). Revizuirea intensă a portofoliului de spitale, Chirurgia de o zi.

(<http://www.healthcarecommission.org.uk>)

Ministerul Sănătății și Consumului. Spania (2008). Manualul unității chirurgiei preponderent ambulatorii.

Standarde și recomandări. Rapoarte, studii și investigații.

Shneider I, Chung F. Rezultate în chirurgia de o zi. Curr Opin Anaesthesiol 2006 ; 19 : 622-9.

Wu CL, Berenholtz SM. Revizuirea și analiza sistematică a simptomelor post externare după o intervenție chirurgicală ambulatorie. Anesteziologie 2002; 96: 994-1003.

Deutsch N, Wu CL. Rezultate pacienților după anestezia ambulatorie. Anesteziologie Clin N Am 2003; 21: 403-15.

Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R. Ridicarea la provocările de atingere a obiectivelor chirurgiei de o zi.

Anestezia 2006; 61: 1191-9.

Anexa G: Rolul asistenței medicale în chirurgia ambulatorie

EVALUAREA ȘI EDUCAREA PREOPERATORIE

Asistentele medicale pot juca un rol foarte important în asistarea și sprijinirea chirurgului și a anesteziștilor în evaluarea și educarea premergătoare internării. Personalul de îngrijire medicală asigură colectarea și înregistrarea fiabilă a istoricului pacientului, care ajută echipa medicală. La fel de important, ajută, de asemenea, pacientul și îngrijitorul său (când este prezent), asigurând educație privind procedura și ce se va întâmpla în timpul și după operație – lucru care duce la o externare fără probleme și de succes după intervenția chirurgicală / procedură. De asemenea, reduce timpul necesar pentru echipa medicală.

În mod ideal, acest lucru se întâmplă cu mult înainte de data internării, pentru a ajuta la planificare. Unele unități organizează acest lucru imediat după consultarea cu chirurgul, dar se poate organiza la o dată ulterioară, fie față în față, la o clinică de pre-internare, fie prin telefon. Asistenta pot efectua evaluarea premergătoare internării înainte sau după ce anesteziștul realizează evaluarea sa.

După cum s-a discutat mai devreme în ghid, există o serie de aspecte care trebuie luate în considerare.

Evaluarea socială

Cine va fi acasă pentru a ajuta? Multe femei care au fost supuse procedurilor ginecologice sunt externate acasă la copii mici. Odată cu apariția procedurilor minim invazive, nu există răni sau pansamente evidente și membrii familiei pot să nu înțeleagă gravitatea stării mamei,, pentru că există dovezi vizuale limitate sau deloc ale intervenției chirurgicale.

Pentru pacienții mai în vârstă (ex., chirurgia cataractei), este îngrijitorul mai în vârstă, cu o vedere chiar mai redusă? O asistentă medicală poate obține adesea informații și îi poate încuraja să caute aranjamente alternative pentru a asista pacientul după ce acesta a fost externat. Ora internării poate fi, de asemenea, confirmată, nefiind neobișnuit ca ordinea din lista sălii de operații (unde sunt distribuite orele de internare) să fie schimbată pentru a se potrivi nevoilor de transport ale pacientului. Alte informații specifice pe care asistentele medicale le pot obține în timpul evaluării premergătoare internării includ orice nevoi speciale, cum ar fi fobia față de ace.

Evaluarea medicală

Asistenta poate confirma că pacientul a oferit toate informațiile necesare. De exemplu, pacienții pot să nu indice că au hipertensiune arterială și, totuși, iau în prezent medicamente antihipertensive. Asistentele pot, de asemenea, obține mai multe informații despre experiențele din trecut legate de intervențiile chirurgicale și anesteziologie, alergii, starea infecțioasă a pacientului și a membrilor familiei, și pot confirma importanța motivului pentru care trebuie să dezvăluie toate medicamentele (inclusiv medicamentele gratuite, de recreere și fără rețetă medicală).

Educarea

Pacienții necesită informații într-o serie de formate, întărite pe tot parcursul episodului de îngrijire, inclusiv în etapa pre-internare.

Cele mai importante informații în acest stadiu în ceea ce privește facilitatea includ locația și parcare. În mod ideal, pacienții au primit deja o broșură cu o hartă, astfel încât acest lucru ar trebui să confirme doar că înțeleg informațiile. De asemenea, este important să explice dacă îngrijitorul și/sau familia pot aștepta împreună cu pacientul înainte de a merge în sala de operații și câți membri ai familiei pot să intre cu pacientul.

În acest stadiu este cel mai ușor să se organizeze planificarea externării. Informațiile necesare înainte de începerea planului includ distanța de deplasare la domiciliu, transportul, ora estimată a externării (ex. va fi întuneric, problemele legate de sezon). Există multe discuții cu privire la ce înseamnă o distanță prea mare de deplasare spre casă. După cum s-a discutat mai devreme în ghid, în unele facilități există protocoale potrivit cărora pacientul nu trebuie să fie externat decât dacă distanța necesară pentru deplasare este de numai o oră sau mai puțin.

Alte informații care ar trebui să fie dat în acest stadiu includ confirmarea îngrijitorului, managementul durerii, nivelul de activitate post externare (inclusiv condusul) și îmbrăcămintea la externare. Confirmarea faptului că un îngrijitor va fi disponibil în acest stadiu incipient este vitală, pentru că poate necesita o oarecare organizare (sau reprogramare) pentru a asigura disponibilitatea acestuia. Managementul durerii și utilizarea de metode alternative, cum ar fi pungile de gheață, curelele și repausul pot fi discutate în acest stadiu; acestea sunt adesea considerate utile de către pacienți, dar pot fi trecute cu vederea ca mecanisme de a face față unei situații de colegii chirurghi și anesteziști. Este important ca pacientul (și familia) să fie conștient de faptul că, deși este externat acasă, va avea încă nevoie de odihnă și convalescență. Asistentele medicale pot discuta adesea (și

evalua) așteptările și orizonturile de timp pentru reluarea activității normale. Pacienții în vârstă pot fi sfătuiți să renunțe la costumul, bretelele, cravata, burtiera și cămașa lor și să poarte un costum de agrement sau un trening în schimb. Pacienții care au un braț blocat sau o intervenție chirurgicală la una dintre mâini vor găsi mult mai ușor să poarte pantaloni sau fustă. Pacienții care au trecut prin intervenții chirurgicale faciale sau la cap găsesc mai ușor să poarte bluze cu nasturi, în locul unor bluze tip pulover. Pantofii care se încălță ușor, mai degrabă decât cei cu șireturi, sunt, de asemenea, mai ușori, deși acest lucru poate să nu fie o idee bună dacă au nevoie de cârje. Alte informații specifice procedurii, cum ar fi pansamentele, drenurile și programările de după externare pot fi, de asemenea, menționate în acest stadiu.

Perioadele de post și alte pregătiri preoperatorii pot fi oferite și/sau confirmate. Dacă pacientul înțelege importanța și motivația postului, șansele să se conformeze sunt mai mari.

Documentarea tuturor acestor lucruri este vitală. Data, ora și personalul implicat trebuie documentate pentru referințe viitoare. O listă de verificare înainte de internare este o modalitate eficientă de a vă asigura că toate zonele au fost acoperite, cu un spațiu pentru comentarii suplimentare. Ar trebui să existe o indicație legată de necesitatea urmăririi în continuare și de către cine. Această lucrare este o parte importantă a dosarului medical și ar trebui menționată în timpul internării și îngrijirii pacientului de către personalul medical și de către cel de îngrijire.

INTERNAREA

Aceasta ar trebui să fie un proces foarte simplu, în care asistenta de internare confirmă o serie de lucruri, inclusiv dacă au existat modificări de la consultația premergătoare internării, perioadele de post, medicamentele luate și planificarea externării. Un set de observații de bază sunt luate, de asemenea, și documentate. Pacienții sunt apoi schimbați în ținuta corespunzătoare pentru sala de operații și începe pregătirea adecvată preoperatorie. În acest stadiu, se dau liniștiri și se consolidează educația.

Din nou, documentația este vitală și listele simple de verificare sunt utile pentru a contribui la respectare.

SALA DE OPERAȚII

Există doar câteva diferențe pentru personalul de îngrijire care lucrează în sala de operații unde are loc intervenția chirurgicală de o zi. Acestea includ liniștirea, în cazul în care pacienții au o procedură cu anestezie locală sau cu sedare ușoară, și alegerea pansamentelor utilizate. Asistentele medicale sunt implicate adesea în ceea ce ține de pansamente și tuburile de drenaj și trebuie să fie conștiente de faptul că acești pacienți vor fi externați în scurt timp și că vor trebui să se ocupe de acestea acasă. Pansamentele rezistente la apă vor permite pacienților să facă duș/baie atunci când se întorc acasă.

RECUPERAREA

Prima etapă de recuperare este similară cu cea a pacienților care vor sta peste noapte. După cum s-a discutat mai devreme în ghid, controlul durerii necesită o abordare multimodală sau echilibrată, iar utilizarea anesteziilor locale, AINS și a opioidelor cu acțiune de scurtă durată trebuie realizată în mod ideal. Cu toate acestea, dacă este necesară analgezie, este important ca asistentele să ia în considerare faptul că pacienții vor fi externați într-un termen scurt, iar colaborarea cu anestezistul este foarte importantă. Managementul oricăror PONV, de asemenea, este vital în acest stadiu.

Criteriile formalizate de externare din prima etapă de recuperare până în a doua etapă de recuperare (scaune cu spătar rabatabil sau salon de zi) vor ajuta asistentele să ia decizii, astfel încât acestea să nu trebuiască să fie verificate de anestezist. Criteriile bazate pe un scor, mai degrabă decât cele bazate pe timp, se asigură că pacienții care necesită o atenție mai mare o pot primi, în timp ce cei care se recuperează bine pot fi mutați la următoarea etapă. Din nou, documentația este foarte importantă.

A doua etapă de recuperare poate să apară în aceeași locație ca și prima etapă sau într-o locație diferită, fie în cadrul unității, fie într-o altă zonă a spitalului, în funcție de facilitate. Aceasta poate fi într-un scaun cu spătar rabatabil sau pe un pat; ambele au avantajele și dezavantajele lor.

Rolul asistentei este vital pentru a continua gestionarea durerii postoperatorii și a PONV. În acest timp, îngrijitorul pacientului poate însoți pacientul în unitate și în acest moment pacientului și/sau îngrijitorului le este dată educația suplimentară. Încă o dată, criteriile bazate pe un scor, mai degrabă decât cele bazate pe timp, se asigură că pacienții care necesită o atenție mai mare o pot primi, în timp ce cei care se recuperează bine pot fi pregătiți pentru externare. De asemenea, ajută și o externare 'condusă de asistentă', mai degrabă decât să se aștepte ca echipa medicală să verifice pacientul la sfârșitul listei sale de operații. Acest lucru contribuie la disponibilitatea paturilor/scaunelor cu spătar rabatabil și la creșterea satisfacției pacientului, permițându-i să se întoarcă acasă în mediul său cât mai repede posibil.

După cum s-a discutat mai devreme, pot fi servite băuturi răcoritoare în acest moment, iar personalul de asistență medicală poate evalua dacă pacienții sunt hidratați adecvat și au suficientă înțelegere pentru a fi externați fără a tolera alimente și fluide.

Trebuie remarcat faptul că, deși pacientul poate fi gata pentru externare după anestezie, tipul de intervenție chirurgicală îi poate impune să rămână în spital mai mult timp, iar echipa de asistență medicală va nevoie de instrucțiuni clare în acest sens.

Din nou, documentația este vitală.

EXTERNAREA

Odată ce pacientul este considerat pregătit pentru externare, asistenta se va asigura că pacientul și/sau îngrijitorul au toate informațiile necesare pentru a putea continua recuperarea la domiciliu. Cerințele pentru externarea și asistența pacienților au fost subliniate mai devreme în acest ghid. Este important să fiți conștienți de faptul că pacientul poate să nu își amintească conversația și că îngrijitorul poate fi copleșit în acest mediu. Tipul de evaluare pre-internare și educația furnizată vor dicta dacă numai informații de consolidare trebuie date în această etapă (ceea ce este un scenariu ideal) sau dacă este necesară o sesiune cuprinzătoare de educație. În orice etapă, asistenta medicală trebuie să poată contacta echipa medicală dacă are nelămuriri legate de recuperarea sau pregătirea pentru externare a pacientului și, din nou, documentația este foarte importantă.

URMĂRIREA POST EXTERNARE

Asistentele medicale pot juca un rol foarte important în urmărirea post externare prin telefon sau în clinici postoperatorii. Acest lucru ajută nu numai la monitorizarea calității, după cum s-a discutat mai devreme în acest ghid, dar oferă asistentei o oportunitate de a evalua dacă este necesară educația sau asistența suplimentară. Ele se pot asigura că pacientul tolerează alimentele și fluidele, că durerea este gestionată adecvat, pot discuta orice probleme legate de pansamente și se pot asigura că pacientul se descurcă înapoi în mediul său.

COMPETENȚELE

În cele din urmă, ce înseamnă o asistentă medicală bună în chirurgia de o zi? Asistentele din sala de operații și din prima etapă de recuperare pot face cu ușurință tranziția în îngrijirea pacienților supuși chirurgiei de o zi, cu o oarecare educație legată de diferențele discutate și cu confirmarea din partea echipei medicale pentru faptul că tipul de procedură și anestezie este potrivit pentru chirurgia de o zi.

Asistentele medicale cu experiență în domeniul asistenței medicale chirurgicale vor trece la internarea pacienților supuși chirurgiei de o zi cu un pic de liniștire legată de faptul că nu trebuie să realizeze numărul de sarcini legate de internare necesare în mod tradițional pentru pacienții internați peste noapte și că colegii lor (personal de îngrijire și medical) au evaluat pacientul în mod corespunzător pentru adecvarea lor.

Asistentele medicale implicate în pre-internare, externare și urmărirea post externare sunt, de obicei, cele mai experimentate asistente medicale chirurgicale care au abilități excelente de comunicare și o pasiune pentru educație. Acestea sunt necesare pentru a evalua o serie de zone într-un interval de timp scurt, folosind adesea telefonul în cazul în care nu pot folosi limbajul corpului pentru a ajuta la evaluare.

Eu cred că o asistentă bună pentru chirurgia de o zi este una dintre cele mai bune asistente medicale pe care le puteți găsi; o asistentă excelentă pentru de chirurgia de o zi merită greutatea sa în aur.

Anexa H: Înfiiințarea unei Asociații oficiale

T. Naresh Row, MS, Dr. (Chirurgie generală) Chirurg Consultant & Specialist Chirurgie de o Zi, Centrul de Chirurgie de o Zi, Mumbai, India. Președinte, Asociația Indiană a Chirurgiei de o Zi.
E-mail: nareshrow@hotmail.com

Este important să se ia în considerare politica locală de medicină și asigurarea serviciilor de sănătate atunci când se are în vedere modul de înființare al unei asociații oficiale și apoi legarea acesteia de IAAS. Prin urmare, voi acoperi următoarele aspecte ale parcursului nostru.

1. Sistemul medical din India.
2. Necesitatea unei Asociații.
3. Cum se poate realiza acest lucru.
4. Provocări experimentate.
5. Expunerea internațională.
6. Planuri de viitor.

Sistemul medical din India:

La început, trebuie stabilită claritate în sistemul de asistență medicală aplicat în India. În general, îl diferențiem ca public, adică finanțat de guvern; acesta poate fi finanțat local/statal/central. În prezent, reprezintă aproximativ 1,9% din PIB. Aceste facilități sunt utilizate de aproximativ 40% din populația noastră. Asistența medicală privată acoperă 60% din pacienți, reprezentând aproape 4% din PIB. Asigurarea medicală este încă în etapele sale inițiale, acoperind doar 5% din populația țării. Aproximativ 10% au alte mijloace de rambursare. Acest lucru înseamnă că 85% dintre pacienți plătesc din buzunarul lor pentru asistența medicală, transformând India într-unul dintre cele mai privatizate sisteme de asistență medicală din lume.

Costurile ridicate ale traiului nu au cruțat pe nimeni. Cu inflația atingând un nivel record, nici asistența medicală nu este cruțată. Prin urmare, cei mai multe dintre pacienți sunt în căutarea unor tratamente la prețuri accesibile. Situația din India este de așa natură încât vedem o creștere constantă a populației care trăiește sub limita sărăciei, forțată de cheltuielile de sănătate. Schemele guvernamentale pentru cei săraci au fost inițiate cu un oarecare succes, dar nu sunt lipsite de erori, însă este un început. Prin urmare, este logic să adaptăm chirurgia de o zi ca un mijloc de a oferi intervenții chirurgicale planificate de înaltă calitate, la prețuri accesibile.

Necesitatea unei Asociații:

Chirurgia de o zi, per se, nu este nouă pentru noi. Din cele mai vechi timpuri, chirurgia de o zi sub o formă sau alta a fost practică mereu de specializări. Cu toate acestea, la o vedere de ansamblu, încă utilizăm acest concept până undeva la aproximativ 10% din totalul intervențiilor chirurgicale electivă. Principalul motiv pentru acest cifre sumbre a fost lipsa de conștientizare. Pacienții nu știu că există o entitate precum chirurgia de o zi. De asemenea, chirurgii percep chirurgia de o zi ca limitată la procedurile minore. Totuși, au existat mulți chirurghi individuali care, prin experiența și expunerea lor, practică chirurgia de o zi, dar nu au mijloacele necesare pentru a influența pacienții cu privire la concept. Cei mai mulți chirurghi încearcă și renunță, sentimentul este că, dacă pacientul se simte confortabil într-un pat de spital, atunci așa să fie, de ce trebuie să-l forțăm? Cu toate acestea, numărul de pacienți care solicită să fie trimiși acasă mai devreme, din diferite motive, este în creștere treptată. Acest lucru este un suport major pentru chirurghi, dar aceștia caută aprobări, doresc să stabilească că ceea ce fac este corect. Caută o platformă unde pot face schimb și împărtăși experiențele lor. Ceva mai bun decât un blog fără chip sau o pagină de Facebook. Și aici intervine importanța unei Asociații.

Scopul unei Asociații este să reunească oameni deschiși sub un singur standard. Acesta devine un club științific pentru interacțiunea ideilor. Te simți confortabil știind că există mai mulți ca tine, care practică chirurgia de o zi, și că nu ești singur, că formezi un sistem de sprijin. Este ideea ta proprie care a câștigat o formă. O aprobare legală sub forma unui organism oficial al chirurgilor care practică chirurgia de o zi, ca și tine. Vei deveni membru și vei avea sentimentul de apartenență, ești diferit, îți poți pune ideile în practică și poți utiliza Asociația pentru a răspândi cunoștințele. Ceva pentru care ai depus un efort individual imens poate fi acum convertit în efort colectiv. Poate fi acum conștientizat. Conștientizare printre chirurghi, conștientizare printre pacienți.

Cum se poate realiza acest lucru:

Atunci când ideea de a crea o organizație ia formă, câteva întrebări ne vin în minte despre cum se poate realiza acest lucru? Care ar fi scopurile noastre? Vom avea succes în realizarea obiectivelor noastre? Cea mai importantă decizie a fost cea de a forma o Asociație, iar după ce am făcut acest lucru, aceste întrebări erau de așteptat.

Așa că am făcut câte un pas.

Primul pas a fost decizia de a forma o Asociație. Mai multe apeluri telefonice și întâlniri mai târziu și am avut consensul entuziast a 30 de chirurghi din diferite specialități, care au crezut că era o idee bună și care își doreau o Asociație, astfel încât a fost conceput un logo și s-a dat un nume, am avut un comitet executiv de 30 de medici! Al doilea pas a fost strângerea de fonduri. Am creat un formular de aderare, am colectat taxele de membru. În India, taxele sunt plătite o singură dată, nu anual. Deci, toată lumea a început în mod colectiv să caute donatori/sponsori. A fost mai greu decât am crezut.

Al treilea pas a fost crearea unei constituții, cu stabilirea obiectivelor de bază, am decis să analizăm constituțiile diferitelor organizații existente și să adoptăm una, cu modificări. Aceasta a fost apoi răspândită printre membrii executivi și au fost făcute corecțiile necesare.

Al patrulea pas a fost înregistrarea Asociației. Înregistrarea organizației la autoritatea adecvată a fost mai ușor de zis decât de făcut. Dificil, dar nu imposibil. A fost un consum de timp, câteva întâlniri cu oficialii, și eram încorporați oficial. Acum, fiecare membru era membru în consiliul de administrație. Un acționar într-o companie nonprofit.

Pasul al cincilea a fost să creăm mai mulți membri. Listele și adresele membrilor din organizațiile existente de specialiști au fost obținute și le-am trimis scrisori. Metoda de a atrage membri răspândind vorba din gură în gură s-a dovedit că acționând rapid, fiecare membru executiv având responsabilitatea să aducă cel puțin 5 membri.

Al șaselea pas a fost să se creeze o activitate academică. Și așa prima conferință națională a fost pusă în discuție. Am stabilit data și locul, am înființat comitetul de organizare și eram gata. La momentul primei conferințe, am avut 100 de membri activi. Funcția inaugurală a văzut instalarea comitetului nostru executiv mamut, alături de apariția 'Jurnalul de Chirurgie de o Zi din India' și a 'Protocoalelor unui centru de chirurgie de o zi' (un manual în materie de protocoale). În timpul Adunării generale, am adoptat constituția și am promulgat rezoluții conferind putere comitetului executiv pentru 5 ani. Acest lucru a fost considerat necesar la acel moment, întrucât au existat o mulțime de activități de desfășurat și înainte de schimbarea comitetului cele mai multe idei și obiective urmau să fie puse în aplicare, lucru care s-ar fi realizat mai repede cu echipa actuală.

În timpul conferinței, împreună cu schimbul de date științifice, au fost discutate căile și mijloacele de creștere a gradului de conștientizare printre medici și pacienți.

Provocări experimentate:

Ideile bine înrădăcinate ale magnitudinii 'chirurgiei' sunt atât de profund înrădăcinate la pacienți și rudele acestora, încât orice abatere de la regula de 3-5 zile de spitalizare sau chiar până la îndepărtarea copciilor a fost puternic dezaprobată. Cum putem schimba ideile preconcepute? a fost întrebarea.

Stabilirea siguranței și a fezabilității chirurgiei de o zi a fost provocarea.

Adunarea mai multor membri interesați de conceptul de chirurgie de o zi a fost dificilă, pentru că întrebarea 'încă o organizație?' a fost ridicat de nenumărate ori. Pentru cei sceptici, la întrebarea 'Deci, care este marea scofală? În ce mod contează dacă mergi acasă în aceeași zi sau în următoarea?' a fost foarte greu de răspuns.

Conștientizarea conceptului și utilizarea sa deplină a fost provocarea. S-a decis apoi că, pentru a face față acestei probleme provocatoare, trebuiau să fie organizate tot mai multe conferințe, ateliere de lucru și programe de sensibilizare.

Membrii executivului au fost încurajați să participe la cât mai multe conferințe posibil și să prezinte conceptul de chirurgie de o zi colegilor lor. Membrii au fost convinși să organizeze conferințe și să aducă mai mulți membri.

Jurnalul Chirurgiei de o Zi din India a fost publicat în fiecare an și lansat în timpul conferinței. Inițial, a fost o provocare să găsim articole pentru publicare, întrucât nu au existat multe lucrări pe tema chirurgiei de o zi.

Autori internaționali au fost invitați să își trimită articolele. Am ajuns să citim despre chirurgia de o zi din diferite părți ale lumii. Acest lucru a fost încurajator. Încet și sigur, articole cu suficiente date pe tema chirurgiei de o zi au început să fie trimise. Am reușit!

Expunerea internațională:

Un articol publicat în revista BADS a fost cel care ne-a expus lumii chirurgiei de o zi. Invitația internațională de a participa la conferința IAAS și la prelegerile ulterioare ținute de membrii IAAS au fost de mare ajutor. IAAS, prin membrii săi seniori, a fost de foarte mare sprijin în aprobarea inițiativei întâlnirilor noastre naționale.

Aderarea la IAAS, inițial ca membru corespondent și apoi ca membru cu drepturi depline, a fost o provocare în sine. Întrebările privind strângerea de fonduri pentru a plăti taxele anuale (care erau o noutate pentru noi) și pentru a selecta doi reprezentanți care să participe și să aducă înapoi materiale care să fie împărtășite de către membrii noștri, a fost o altă sarcină.

În ansamblu, legitimitatea faptului de a fi o organizație care urmează calea adecvată a fost foarte importantă și a fost acordată pe deplin în calitate de membru al IAAS.

Planuri de viitor:

Interacțiunea cu organismele guvernamentale locale și naționale în introducerea diverselor scheme pentru înființarea chirurgiei de o zi ca normă pentru câteva operații selectate este un proces continuu și o provocare. Cooperarea regională cu țările noastre vecine privind chirurgia de o zi va crea un impact pozitiv asupra metodologiei de asigurare a managementului chirurgical la pacienții selectați de pe teritoriul țărilor.

Turismul medical, o industrie de viitor și provocatoare, va beneficia de furnizarea unor intervenții chirurgicale uniforme la standarde internaționale. Se constată că mai multe operații de rutină sunt puse în așteptare în multe țări pentru că asistență de urgență are prioritate.

Un organism de acreditare care să creeze uniformitate și să stabilească standarde în îngrijirea pacientului și care să optimizeze centrele de chirurgie de o zi în întreaga națiune este esențial în acest stadiu. Eforturile sunt acum în sensul creării unui consiliu care va fi format din membri ai Asociației și din managementul calității, pentru formarea normelor pentru toți cei care sunt interesați de înființarea centrelor de chirurgie de o zi.