

Best Practice

Supplement

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

La gestione del paziente in day surgery

Fonte dell'informazione

Questo foglio informativo di Best Practice deriva da tre revisioni sistematiche condotte dal Nursing Practice Unit, università La Trobe e il Day Surgery Special Interest Group, ANF, Victorian Branch.²⁻⁴ Le fonti primarie su cui si basa questo foglio informativo sono elencate nella revisione sistematica disponibile presso il Joanna Briggs Institute e nel sito web: www.joannabriggs.edu.au

Background

La chirurgia di giorno (Day Surgery) è definita in questo documento come l'esecuzione di una procedura fatta senza la necessità che il paziente sia sottoposto al ricovero notturno prima o dopo l'intervento. I pazienti sottoposti a procedure in day surgery sono orientati verso centri chirurgici dedicati o unità poste all'interno di una struttura di ricovero a ciclo continuo. Gli interventi

Questo foglio informativo comprende i seguenti argomenti:

- Pre-Ricovero
- Procedure post-ricovero
- Il personale

eseguiti in regime di day surgery includono, ma non solo, la chirurgia ortopedica, gli interventi ginecologici, l'oculistica, la chirurgia plastica e un'ampia gamma di altri interventi e procedure.

Dagli anni 70 c'è stato un rapido aumento del numero di procedure che vengono effettuate come chirurgia ambulatoriale o di giorno. Si stima che nei paesi sviluppati il 50% di tutti gli interventi chirurgici siano effettuati su base ambulatoriale. Sebbene la day surgery sia associata con un maggior numero di ricoveri, la riduzione dei costi

Livelli di Evidenza

Tutti gli studi sono stati categorizzati secondo la forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione rivisitato.¹

Livello I Evidenza ottenuta da una ricerca sistematica di tutti i trial randomizzati controllati rilevanti.

Livello II Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato ben disegnato.

Livello III.1 Evidenza ottenuta da trial ben disegnati e controllati senza randomizzazione.

Livello III.2 Evidenza ottenuta da studi ben disegnati di coorte o caso controllo o studi analitici preferibilmente fatti da più di un centro o gruppo di ricerca.

Livello III.3 Evidenza ottenuta da serie multiple di casi con o senza intervento. Risultati esorbitanti da sperimentazioni non controllate.

Livello IV opinione di autorità riconosciute, basati su esperienze cliniche, studi descrittivi o report di gruppi di esperti.

e la soddisfazione del paziente, gli svantaggi includono un inadeguato controllo della nausea, del vomito e del dolore post-operatorio e un maggior

aggravio per i membri della famiglia e servizi domiciliari.⁵ L'assistenza pre intra e post-operatoria

include il monitoraggio, la valutazione, la dimissione e il follow-up telefonico strategie frequentemente implementate nelle unità di chirurgia di giorno per ridurre le complicanze e per venire incontro ai bisogni del paziente.



Assistenza pre-ricovero

Nella day surgery, il tempo per portare a termine una completa valutazione pre-operatoria è breve. Molti centri hanno implementato un sistema per eseguire una valutazione pre-ricovero una settimana o pochi giorni prima dell'intervento. Questo è fatto durante la prima visita, nell'incontro con il personale del reparto, e/o per telefono. Un'adeguata valutazione pre-operatoria permette che siano raggiunti positivamente gli obiettivi prefissati.⁶ Ciò permette anche l'individuazione di pazienti non adatti a questo tipo di chirurgia così da ridurre i casi da rinviare.

La valutazione pre-operatoria spesso si sposa con l'educazione del paziente. Questa si può presentare con varie modalità che includono il colloquio, la visita del reparto, incontri di gruppo o il colloquio telefonico. Lo scopo è di ridurre l'ansia pre-operatoria, valutare i bisogni del paziente e dei familiari, e individualizzare l'informazione per ogni singolo paziente.⁷

Risultati

Sebbene non ci siano trial comparativi riguardo il pre-ricovero un questionario somministrato ai pazienti alla visita pre-ricovero ha dimostrato un alto livello di soddisfazione. Il presentarsi nel reparto ha ridotto l'ansia, migliorato lo stato d'animo e ha aumentato il livello di comprensione di tutto il processo di ammissione. È risultata aumentata anche la comprensione dell'importanza del digiuno pre-operatorio e la soddisfazione dell'informazione post-operatoria.

In uno studio è stato dimostrato che lo screening telefonico pre-operatorio o la somministrazione di un questionario riduceva la quota di prestazioni cancellate o posticipate. Un altro studio ha paragonato l'efficacia di una telefonata pre-ricovero con la chiamata e anche una visita a casa. Il risultato non mostrò nessuna evidenza che la visita a casa riducesse la quantità di cancellazioni.

Sebbene esista poca ricerca sui criteri corretti di pre-ricovero, la linea guida dei criteri di selezione emanata dall'Associazione degli Anestesisti della Gran Bretagna e Irlanda indica che dovrebbe essere considerata prima del ricovero la propensione del paziente ad essere operato in day surgery, la disponibilità di un servizio di assistenza domiciliare per adulti, il collegamento telefonico e la situazione familiare generale dei pazienti. Questa linea guida indica anche che il paziente deve essere nelle condizioni di comprendere la procedura, essere in buona salute fisica e con peso accettabile.

Questa informazione è basata su livelli di evidenza II e III.²

Assistenza post-ricovero

Ci sono molti vantaggi nell'utilizzo della chirurgia di giorno tra cui un più veloce turn-over di pazienti ed un tempo prestabilito per gli interventi, minore richiesta di personale infermieristico per la notte e il weekend, una riduzione delle liste d'attesa, diminuzione dei costi, un'attesa minore per i bambini e le persone anziane, minima rottura della routine e costi minori per il paziente e la famiglia.⁵ In ogni modo, ci sono anche svantaggi per la day surgery, come complicanze se i pazienti sono dimessi troppo precocemente dopo un'anestesia o casi di nausea e vomito, inadeguato controllo del dolore, riposo a casa insufficiente e un peso maggiore sui membri della famiglia e servizi domiciliari. Queste possibili complicanze fanno sì che tutti gli aspetti rispetto alla day-surgery siano considerati nel modo più meticoloso possibile. Questi aspetti includono l'assistenza pre, intra e post-operatoria e comprendono il monitoraggio e la valutazione, la dimissione e il follow-up.

Risultati

Un trial randomizzato-controllato pone l'accento sull'uso della distrazione nella riduzione dell'ansia pre-operatoria e del bisogno di anestesia intra-operatoria. In termini di linee guida di gestione anestesiológica, gli studi descrittivi e l'opinione di esperti indicano che il digiuno pre-operatorio non è più necessario PER I PAZIENTI IN ANESTESIA LOCALE e che la maggior parte dei chirurghi e anestesisti dovrebbero procedere all'intervento se il paziente ha mangiato prima dell'anestesia locale.

È stato anche dimostrato che, mentre la temperatura timpanica non è utile come criterio di dimissione, il Post-Anaesthetic Discharge Scoring System è e potrebbe essere usato per sostituire gli attuali criteri clinici di dimissione. Le procedure chirurgiche con minori complicanze devono essere programmate nella parte finale della giornata, e l'orario di dimissione deve essere flessibile. Questionari per valutare la soddisfazione del paziente indicano che molti pazienti hanno trovato inadeguate le informazioni ricevute prima dell'intervento e non corrispondenti ai loro bisogni nella preparazione di cosa aspettarsi dalla procedura chirurgica, dall'assistenza e dalla dimissione. Questa informazione si basa su una varietà di livelli d'evidenza II.³

Composizione dello staff

Tradizionalmente le sale operatorie sono state fornite solamente di personale medico e infermieristico comunque nuove figure, come gli assistenti di camera operatoria e i tecnici di anestesia, sono emerse negli ultimi trenta anni in risposta ai progressi delle tecniche chirurgiche e procedurali, le maggiori aspettative dei pazienti e la richiesta della società per il contenimento dei costi.

Risultati

La revisione sistematica sottolinea che non c'è un'alta qualità di evidenze per stabilire la relazione tra le capacità, il livello del personale e il raggiungimento dei risultati desiderati nelle unità di day surgery. C'è quindi bisogno di ricerca in questo settore. L'evidenza scaturisce dall'opinione degli esperti e da linee guida pubblicate, sebbene la mancanza in termini di validità, attualmente rappresenta la migliore evidenza possibile.

La mancanza di studi indirizzati verso la complessità dei problemi rispetto al personale in day surgery fa sì che le decisioni rispetto al numero vengano prese sul numero di pazienti ricoverati, piuttosto che sulla complessità dei casi. Una iperfiducia nella tradizione e il mantenimento dei limiti professionali sembra caratterizzare l'approccio corrente alla complessità delle abilità e al livello di personale nelle unità di day surgery.

L'evidenze di questa revisione suggeriscono che la pratica corrente di calcolare il personale necessario nelle unità di day surgery in modo da assicurare il fabbisogno deve essere ancora valutata in termini di effetto sui costi e risultati. Questa informazione si basa su evidenza di categoria IV.⁴

Implicazioni per la pratica

Pre-ricovero

1. Telefonare ai pazienti pre-operativamente per ricordare la data e l'ora, il colloquio orale e la ricerca di qualche malattia può prevenire la posticipazione dell'intervento.
2. Iniziare l'attività clinica prima del ricovero per le stesse ragioni come telefonare al paziente può ridurre l'ansia e incrementare la capacità di comprensione del paziente e la soddisfazione.
3. I pazienti dovrebbero essere selezionati per l'idoneità in base alla loro capacità di incontrare i criteri di valutazione.

Dal ricovero alla dimissione

1. Strumenti per la distrazione dovrebbero essere a disposizione in day surgery nelle area di attesa (es. musica, televisione, riviste) in modo da ridurre l'ansia pre-operatoria.
2. Il Post-Anaesthetic Discharge Scoring System dovrebbe essere provato come alternativa all'esistente Clinical Discharge Criteria.
3. L'ora di dimissione dopo l'intervento dovrebbe essere flessibile se i margini di ricovero non anticipato siano stati ridotti.
4. Gli interventi con complicanze più precoci dovrebbero essere programmati più tardi.

5. Il personale si dovrebbe assicurare, prima che l'intervento abbia inizio, che i pazienti abbiano organizzato il ritorno a casa e qualcuno che si occupi di loro.
6. I pazienti hanno la necessità di specifiche informazioni riguardo a ciò che aspettarsi dall'operazione, dal ricovero e dalla dimissione.
7. Le informazioni dovrebbero essere specifiche per la day surgery e includere i dettagli di ciò che aspettarsi in termini di dolore e di fastidio.
8. Le linee guida sul digiuno dovrebbero essere aggiornate in modo da riflettere i cambiamenti della pratica e delle nuove evidenze.

Composizione dello staff

1. Vista la scarsità di prove di efficacia, esiste l'urgenza di ricerche e sviluppo di questo aspetto.
2. I carichi di lavoro (che utilizzano strumenti di misura che comprendono dati sulla complessità delle cure richieste) possono giocare un ruolo determinante nell'identificare i livelli appropriati di personale e varietà di abilità.

References

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

Acknowledgments

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

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

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

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



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
Adelaide, South Australia 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881
• Published by Blackwell Publishing Asia

This sheet should be cited as:

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

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