

Best Practice Supplement

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Manejo del paciente de cirugía ambulatoria

Origen de la Información

Este Best Practice Information Sheet es fruto de tres revisiones sistemáticas realizadas por la Nursing Practice Unit, La Trobe University y el Day Surgery Special Interest Group, ANF, Victorian Branch.²⁻⁴ Los estudios incluidos en la revisión sistemática se detallan en los artículos referenciados en los informes de la revisión sistemática del Instituto Joanna Briggs y en su página web: www.joannabriggs.edu.au.

Antecedentes

A efectos de este Best Practice, la cirugía ambulatoria se define como el proceso que tiene lugar cuando un paciente se somete a una intervención sin ser ingresado la noche anterior o posterior a dicha intervención. Los pacientes que se someten a cirugía ambulatoria acuden a centros especializados independientes o a unidades anejas a un hospital. Existen numerosas intervenciones que se practican como cirugía ambulatoria, entre las que se encuentran la cirugía ortopédica, las intervenciones ginecológicas, la cirugía oftálmica,

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Cuidados preoperatorios
- Cuidados postoperatorios
- Combinación de diferentes tipos de personal

ca, la cirugía plástica, además de otras numerosas intervenciones quirúrgicas y pruebas.

Desde los años 70 se ha ido produciendo un aumento considerable del número de intervenciones que se realizan de forma ambulatoria. Se estima que en los países desarrollados el 50% de las intervenciones quirúrgicas son ambulatorias. Aunque la cirugía ambulatoria se asocia a un aumento del número de pacientes intervenidos, a una reducción de los costes y al aumento de la satisfacción de los pacientes, entre sus inconvenientes figura el hecho de que no se realiza un control adecuado de las náuseas, los

Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación.

Nivel I Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.

Nivel II Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.

Nivel III.1 Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

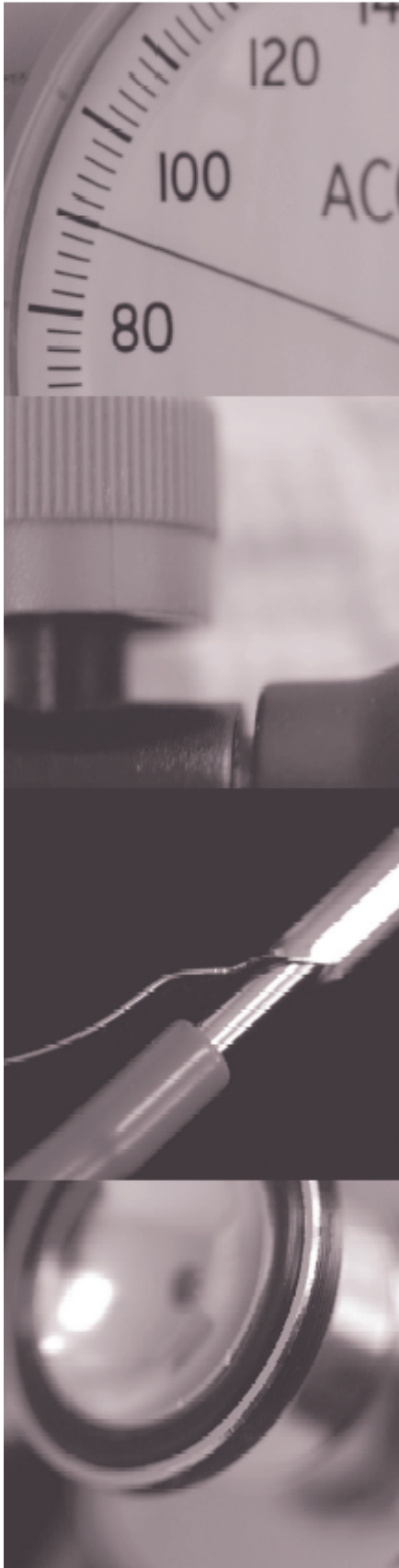
Nivel III.2 Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.

Nivel III.3 Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.

Nivel IV Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

vómitos y el dolor, y que supone una carga para la familia y los servicios sociales.⁵ Entre las estrategias que con frecuencia se implantan en las unidades de cirugía ambulatoria para reducir al mínimo las complicaciones tras el alta y ayudar a que el paciente necesite el menor apoyo posible, se encuentran la administración de cuidados antes, durante y después de la operación. Estos últimos incluyen la monitorización y la valoración

ción del estado del paciente, el alta, y un seguimiento telefónico tras el alta.



Cuidados preoperatorios

En las unidades donde se realizan intervenciones quirúrgicas ambulatorias, el tiempo para realizar una valoración preoperatoria completa es limitado. Muchos centros han implantado sistemas para realizar valoraciones preoperatorias con una semana o más de antelación. Se puede acudir a una consulta preoperatoria, concertar una cita con el personal que realizará la intervención y/o hacer consultas por teléfono. Una valoración preoperatoria adecuada permite obtener unos resultados positivos en la intervención.⁶ Asimismo, esta valoración permite detectar en qué pacientes está contraindicada la cirugía, evitando así cancelaciones de última hora.

A menudo, la valoración preoperatoria se acompaña de sesiones formativas. Esta formación se puede impartir de diferentes maneras, como por ejemplo en forma de consultas individuales, de recorrido por las instalaciones, de reuniones en grupo o de consultas telefónicas. La formación preoperatoria tiene como objeto reducir la ansiedad preoperatoria del paciente, valorar sobre qué puntos necesitan recibir información el paciente y su familia, y suministrar información individualizada a cada paciente.⁷

Resultados

Aunque no se realizaron ensayos comparativos sobre las consultas preoperatorias, un sondeo realizado en pacientes que acudieron a este tipo de consultas puso de manifiesto que existía una alta satisfacción por parte de éstos. La asistencia a dichas consultas reducía la ansiedad del paciente y mejoraba su estado de ánimo, a la vez que le proporcionaba información sobre el proceso de ingreso. Gracias a estas consultas preoperatorias también se logró transmitir mejor al paciente la importancia del ayuno antes de la operación, y aumentó la satisfacción de éste respecto a las indicaciones que se le proporcionaron sobre los cuidados postoperatorios.

En un estudio se concluyó que, realizando una revisión por teléfono o rellenando un cuestionario antes de la operación, se conseguía reducir el índice de cancelaciones/aplazamientos. Otro estudio comparó la eficacia de realizar una consulta telefónica antes de la operación frente a realizar una consulta telefónica y una visita a domicilio. El resultado no dio muestras de evidencia de que la visita a domicilio redujera los índices de cancelación.

Aunque se ha investigado poco sobre si es conveniente establecer unos criterios antes de someter a un paciente a una intervención ambulatoria, la Asociación de Anestesiólogos de Gran Bretaña e Irlanda ha elaborado unas directrices para revisiones en las que se recomienda tener en cuenta: la disposición del paciente a someterse a una intervención quirúrgica ambulatoria, la presencia de adultos en su entorno que puedan suministrar cuidados en la casa del paciente, el acceso a una línea de teléfono y la situación de la casa del paciente antes de someterle a una intervención quirúrgica ambulatoria. Asimismo, estas directrices señalan que es recomendable que el paciente entienda el proceso al que se va a someter, que su estado de salud sea bueno y que su peso sea moderado.

Esta información ha sido obtenida a partir de evidencia del nivel II y III.²

Cuidados postoperatorios

Las ventajas de utilizar cirugía ambulatoria son muy numerosas: aumenta el número de pacientes intervenidos, la intervención quirúrgica está fijada para una hora determinada, hay menos demanda de personal enfermero para las noches y el fin de semana, se reducen las listas de espera, se reducen los costes para el hospital, los niños y los ancianos realizan esperas más cortas, la interrupción de la rutina habitual es mínima, y la familia del paciente tiene menos gastos.⁵ Sin embargo, la cirugía ambulatoria también tiene inconvenientes. Pueden surgir complicaciones si el paciente ha recibido el alta poco tiempo después de habersele administrado la anestesia, puede experimentar náuseas y vómitos, puede que no se realice un control adecuado del dolor, que el paciente no pueda descansar lo suficiente en su casa y que los cuidados postoperatorios supongan una carga adicional para los familiares del paciente y los servicios sociales. Debido a todas estas complicaciones que pueden surgir, es especialmente importante seguir meticulosamente todos los pasos de la cirugía ambulatoria. Los pasos a los que se hace referencia son los cuidados preoperatorios, los cuidados durante la operación y los cuidados postoperatorios, entre los que se encuentran la monitorización y la valoración del estado del paciente, el alta y el seguimiento.

Resultados

Los resultados de un ensayo clínico con asignación aleatoria confirman la eficacia de la distracción en la reducción de la ansiedad preoperatoria del paciente y de la cantidad de anestesia que hubo que administrar a los pacientes durante la operación. En cuanto a la anestesia y a la formulación de directrices sobre su utilización, los estudios descriptivos realizados y la opinión de los expertos apuntan a que no es necesario ayunar antes de la intervención quirúrgica ÚNICAMENTE EN CASO DE QUE SE VAYA A ADMINISTRAR ANESTESIA LOCAL, y que la gran mayoría de los cirujanos y los anestesistas realizarían una intervención en la que se administrase anestesia local si el paciente hubiera consumido algo por vía oral.

También se demostró que, mientras que la temperatura timpánica no es una medida útil para ver cuándo el paciente está preparado para recibir el alta, el Post Anaesthetic Discharge Scoring System sí lo es, y que podría utilizarse como sustituto de los criterios de alta existentes en la actualidad. Es conveniente programar las intervenciones quirúrgicas que revisten menores complicaciones para última hora del día y ser flexibles a la hora de dar el alta si se quieren reducir los niveles de ingresos hospitalarios no previstos. En las encuestas de satisfacción que se realizaron a los pacientes quedó patente que muchos de éstos consideraban que la información que se les facilitó antes de la operación no era adecuada y que no les proporcionaba datos suficientes sobre cómo iba a ser la operación en sí, los cuidados preoperatorios y el alta. Esta información ha sido obtenida a partir de evidencia de distintos niveles, entre ellos el nivel II.³

Combinación de diferentes profesiones

Tradicionalmente, en los quirófanos solamente estaba presente el personal médico y enfermero. Sin embargo, en los últimos treinta años han surgido nuevos roles, como los asistentes de quirófano y los técnicos en anestesia, en respuesta a los avances en las técnicas quirúrgicas y protocolos, al aumento de las expectativas de los pacientes y a las exigencias de moderación de costes de la sociedad.

Resultados

La revisión sistemática concluyó en que no hay suficiente evidencia de calidad para afirmar que la combinación de diferentes tipos de profesionales y la utilización de personal de distinto nivel mejoren los resultados en las unidades de cirugía ambulatoria. Por consiguiente, es necesario seguir investigando en este área. La mejor evidencia de la que se dispone en la actualidad, aunque es deficiente en términos de validez, es la que proviene de la opinión de los expertos y de las directrices publicadas.

La falta de estudios sobre las necesidades de personal en las unidades de cirugía ambulatoria hace que las decisiones se tomen basándose en la cantidad de pacientes ingresados y no en la calidad de los casos. Parece que, en la actualidad, la tendencia que se sigue a la hora de combinar diferentes tipos de personal y utilizar profesionales de distinto nivel es demasiado tradicionalista y aboga por mantener las fronteras profesionales.

Las conclusiones de este estudio sugieren que es necesario evaluar el efecto sobre los costes y los resultados de las prácticas que se siguen en la actualidad para calcular qué plantilla se necesita en las unidades de cirugía ambulatoria. Esta información ha sido obtenida a partir de evidencia de nivel IV.⁴

Recomendaciones para la práctica

Antes de la intervención

1. Una llamada telefónica a los pacientes antes de la operación para recordar la fecha y la hora de la cita, informarles sobre el ayuno preoperatorio y detectar posibles enfermedades puede evitar tener que aplazar la intervención quirúrgica.
2. Acudir a una consulta preoperatoria, además de cumplir la misma función que la llamada telefónica, puede reducir la ansiedad del paciente, aumentar su satisfacción y ayudar a que éste entienda mejor el proceso al que se va a someter.
3. Es recomendable estudiar si el paciente cumple los criterios de valoración para analizar la conveniencia de someterle a una intervención ambulatoria.

Desde el ingreso hasta el alta

1. Es recomendable que las salas de espera de las unidades de cirugía ambulatoria dispongan de elementos que sirvan de distracción (por ejemplo música, televisión o revistas) y reduzcan la ansiedad preoperatoria del paciente.
2. Se debería probar el Post-Anaesthetic Discharge Scoring System como alternativa a los Criterios de Alta Clínica existentes.
3. Se recomienda ser flexible a la hora de dar el alta para reducir los índices de ingresos hospitalarios no previstos.

4. Las intervenciones quirúrgicas que se preve que revisten menores complicaciones se deberían programar para última hora.
5. Antes de que comience la operación, el personal sanitario debería asegurarse de que el paciente tiene medio de transporte para volver a su casa y que cuenta con alguien que le pueda administrar cuidados.
6. Es necesario proporcionar información al paciente sobre cómo va a ser la operación, los cuidados que se le van a administrar durante su ingreso y los que se deben administrar tras el alta.
7. La información debería ser específica para las intervenciones de cirugía ambulatoria y explicar detalladamente qué tipo de dolor y de molestias puede experimentar el paciente.
8. Se deberían actualizar las directrices sobre ayuno de manera que reflejen los cambios en la práctica y las nuevas conclusiones de la investigación.

Combinación de diferentes tipos de personal

1. En vista de la escasez de evidencia válida ante la que nos encontramos, existe una necesidad imperiosa de continuar investigando en este área y seguir desarrollándola.
2. Para determinar cuál debe ser el nivel del personal y qué combinación de personal se ha de utilizar, puede ser importante determinar la carga de trabajo (que se calcula utilizando medidas que incorporen datos sobre la complejidad de los cuidados que se han de administrar).

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande

Traducción revisada por: Clara Juandó Prats

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

Referencias

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.

Agradecimientos

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

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

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

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



"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".

This sheet should be cited as:

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