

PRZYGOTOWANIE PACJENTKI DO ZABIEGU OPERACYJNEGO

Mgr Tatiana Radzik

Ocena stanu pacjenta przed zabiegiem operacyjnym

1. Lekarz kwalifikujący pacjenta do zabiegu/operacji:

- przeprowadza badanie podmiotowe i przedmiotowe zgodnie z ustalonym zakresem
- ocenia ryzyko krwawienia oraz ryzyko wystąpienia żylnej choroby zatorowo_zakrzepowej
- zleca badania dodatkowe i/lub konsultacje specjalistyczne w przypadku takiej konieczności
- kwalifikuje pacjenta do zabiegu operacyjnego
- proponuje pacjentowi rodzaj operacji oraz sposób jej przeprowadzenia, omawia możliwe powikłania zabiegu
- odbiera od pacjenta/przedstawiciela ustawowego pisemną zgodę na zabieg operacyjny (formularz świadomej zgody na zabieg/operację)

Ocena stanu pacjenta przed zabiegiem operacyjnym

2. Lekarz anestezjolog:

- dokonuje oceny stanu pacjenta
 - przeprowadza badanie przedmiotowe (w przypadku pacjentów dorosłych – także ocenę wydolności fizycznej)
 - zbiera wywiad od pacjenta/przedstawiciela ustawowego, analizuje ankietę anestezyjologiczną
 - dokonuje kwalifikacji pacjenta do znieczulenia stosownego do planowanego zabiegu, wpisując na formularzu zgody ocenę ryzyka anestezyjologicznego wg skali ASA (patrz niżej) oraz ocenę trudności w intubacji (skala Mallampati, patrz niżej), datę i godzinę kwalifikacji i autoryzuje wpisy
 - wypełnia kartę kwalifikacji anestezyjologicznej
- informuje pacjenta/przedstawiciela ustawowego o planowanym znieczuleniu do zabiegu
- omawia rodzaj planowanego znieczulenia, związane z nim ryzyko i zasady bezpieczeństwa
- odbiera od pacjenta/przedstawiciela ustawowego pisemną zgodę na proponowane
- znieczulenie (formularz świadomej zgody na znieczulenie) - pacjent wpisuje datę i godzinę wyrażenia zgody
- wydaje zalecenia co do postępowania z chorym przed znieczuleniem.

Ocena stanu pacjenta przed zabiegiem operacyjnym

3. Lekarz przeprowadzający operację:

- zapoznaje się z historią choroby pacjenta (w tym z wynikami badań dodatkowych, oceną ryzyka zakażenia, oceną ryzyka krwawienia, oceną ryzyka żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej oraz zaleceniami anestezyjologicznymi)
- weryfikuje formularz świadomej zgody na zabieg/operację (fakt ten potwierdza pieczętką i podpisem na formularzu zgody)

Postępowanie przedoperacyjne- zasady ogólne

U każdego pacjenta przyjmowanego do szpitala w celu wykonania zabiegu chirurgicznego lekarz kwalifikujący ocenia ryzyko zakażenia miejsca operowanego

U każdego chorego przed zabiegiem chirurgicznym należy dokonać oceny stanu odżywienia

Ocenić poziom glukozy we krwi pacjentów z cukrzycą i w szczególności unikać hiperglikemii.

Wyłączenie przyjmowania pokarmów stałych przed zabiegiem nie powinno być dłuższe niż 6 godzin, płyny można przyjmować do 2 godzin przed zabiegiem, jednak każdorazowo należy uwzględnić anestezjologiczne wskazania do nieprzyjmowania pokarmu, napoju, związane z planowanym znieczuleniem.

Pobyt pacjenta w szpitalu powinien być tak krótki, jak pozwala na to odpowiednie przygotowanie do zabiegu.

Pacjent przyjęty do zabiegu powinien być odizolowany od pacjentów infekcyjnych.

Należy zidentyfikować wszystkie zakażenia odległe od pola operacyjnego przed wykonaniem zabiegu oraz odroczyć planowany zabieg u pacjentów z zakażeniami do czasu ich wyleczenia.

Postępowanie przedoperacyjne

Kąpiel i zasady higieniczne:

- Każdy pacjent powinien wieczorem i rano przed operacją wykonać kąpiel całego ciała z użyciem detergentów zawierających antyseptyk (o działaniu przeciwbakteryjnym i przeciwgrzybiczym). Pacjent przed zabiegiem powinien przebrać się w czystą odzież operacyjną
- Pacjent do osuszenia ciała po każdej kąpeli powinien używać czystego ręcznika kąpielowego lub ręcznika jednorazowego, a do osuszenia rąk po umyciu tylko ręczników jednorazowych. Bielizna osobista i piżama powinny być czyste i suche.
- Przed przewiezieniem na blok operacyjny zaleca się pacjentowi staranne umycie zębów i wyplukanie jamy ustnej płynem antyseptycznym .

Postępowanie przedoperacyjne

Usuwanie owłosienia:

- Nie usuwać włosów przed operacją w okolicy cięcia, jeśli nie przeszkadzają w zabiegu.

• Jeśli istnieje konieczność usunięcia włosów z okolicy pola operacyjnego, należy to wykonać nie wcześniej niż 1-2 godziny przed zabiegiem chirurgicznym przy użyciu elektrycznej strzygarki chirurgicznej z wymiennymi jednorazowymi ostrzami.

• Usuwanie owłosienia należy bezwzględnie przeprowadzić na oddziale.

Postępowanie przedoperacyjne

SPRAWDZENIE PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO ZABIEGU

- Pielęgniarka/położna odpowiedzialny za przekazanie pacjenta na blok operacyjny sprawdza realizację procedur przygotowania pacjenta do zabiegu i wypełnia Kartę przygotowania/przekazania pacjenta w części przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego/diagnostycznego.

Karta przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego

Karta przygotowania do zabiegu operacyjnego zawiera: data, rodzaj zabiegu w jakim trybie zabieg jest wykonywany(planowy, przyspieszony, pilny, natychmiastowy)

1. ŻYWIENIE : Pacjent na czczo, od godziny

2. PROCEDURY HIGIENICZNE

Toaleta całego ciała wieczorem w przeddzień zabiegu

Toaleta całego ciała w dniu zabiegu z użyciem preparatu antyseptycznego (prysznic) lub rękawicy ze środkiem antyseptycznym bez użycia wody – pacjent leżący i/lub tryb nieplanowy

Zmiana bielizny pościelowej i osobistej - piżama zawsze przed zabiegiem – w dniu zabiegu

Przygotowanie pola operacyjnego - jeśli wymaga usunięcia owłosienia - użycie strzygarki

Karta przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego

Wyjęcie ruchomych protez zębowych/aparatów ortodontycznych

Czy posiada protezę/aparat stały

Toaleta jamy ustnej z użyciem preparatu antyseptycznego

Zdjęcie biżuterii, ozdób włosów, zegarka

Oddanie moczu przed zabiegiem

Pampers „czysty założony po toalecie ciała”

(godz.założenia/wymiany)

3. Cewnikowanie pęcherza w sytuacjach koniecznych ze względu na:
 - 1-rodzaj zabiegu/2-stan pacjenta
4. Kontakt z żyłą (gdzie, od kiedy)
5. Profilaktyka ŻChZZ -Czy zastosowano zgodnie ze zleceniem lekarza
6. Premedykacja: godz. podania

Karta przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego

7. Okołooperacyjna profilaktyka antybiotykowa czy antybiotyk został podany na oddziale czy został przekazany antybiotyk na blok operacyjny.
8. Przekazano pacjenta z oddziału na blok operacyjny
Dane osoby przekazującej pacjenta z oddziału >
data , godz. i podpis oraz pieczętka
9. Okołooperacyjna profilaktyka antybiotykowa podana na bloku operacyjnym
- 10 Przyjęto pacjenta z oddziału na blok operacyjny
Dane osoby przyjmującej pacjenta na blok operacyjny >
data , godz. I podpis oraz pieczętka

Postępowanie na bloku operacyjnym

Przygotowanie antyseptyczne skóry – pola operacyjnego:

- Dezynfekcję i obłożenie pola operacyjnego należy wykonywać w jałowych rękawiczkach, przed przystąpieniem do otwarcia powłok zmienić rękawice.
- Pole operacyjne należy przecierać środkiem antyseptycznym (najlepiej alkoholowe preparaty do dezynfekcji pola operacyjnego) dwukrotnie i pozostawić do samoczynnego wyschnięcia - przestrzegać czasu działania zgodnie z zaleceniem producenta.
- Przecierać skórę koncentrycznie w kierunku obwodowym; przygotowane pole musi być na tyle duże (większe, niż pole wyznaczone przez serwety operacyjne), aby można było rozszerzyć cięcie lub wykonać nowe oraz (jeśli jest to konieczne) założyć dren.
- W czasie dezynfekcji należy dokładnie pokryć równomierną warstwą całą powierzchnię pola operacyjnego.
- W przypadku konieczności wykonania reoperacji u pacjenta z zainfekowaną raną operacyjną dezynfekować skórę ruchami okrężnymi, zaczynając od skóry czystej do okolicy rany – odwrotnie niż u pacjenta, który będzie operowany po raz pierwszy.
- Nie zaleca się stosowania samoprzylepnych folii chirurgicznych.
- Do zabiegu operacyjnego stosuje się jednorazowe, sterylne obłożenia.
- Nie należy stosować diatermii do otwarcia powłok w celu obniżenia ryzyka występowania zakażenia miejsca operowanego.

Postępowanie na bloku operacyjnym

POSTĘPOWANIE W TRAKCIE ZABIEGU

Utrzymywanie homeostazy organizmu pacjenta

- U pacjenta operowanego należy utrzymywać prawidłową temperaturę ciała (normotermię). Zalecane jest stosowanie urządzeń do ogrzewania ciała pacjenta na sali operacyjnej i w czasie procedury chirurgicznej.
- Podczas operacji należy zapewnić natlenienie na optymalnym poziomie. Szczególnie pacjentom podczas poważnych zabiegów chirurgicznych oraz w zakresie wybudzania należy podawać taką ilość tlenu, która pozwala na utrzymanie saturacji hemoglobiny na poziomie ponad 95%.
- Pacjenta należy optymalnie nawodnić, zwłaszcza przed poddaniu go znieczuleniu ogólnemu.
- Wskazana jest okresowa kontrola glikemii w okresie okołoperacyjnym zarówno u pacjentów z cukrzycą jak i u pacjentów bez cukrzycy. Poziom glukozy powinien być <200mg/dl u chorych na cukrzycę i pozostałych operowanych.

Postępowanie na bloku operacyjnym

Wentylacja i jakość powietrza na sali operacyjnej

- Utrzymywać dodatnie ciśnienie powietrza w sali operacyjnej w stosunku do korytarzy i pomieszczeń przyległych.
- Drzwi sali operacyjnej - z wyłączeniem czasu na wniesienie wyposażenia, pacjenta, oraz wejście personelu – powinny być stale zamknięte.
- Utrzymywać co najmniej 15 wymian powietrza na godzinę, z których przynajmniej trzy powinny stanowić świeże powietrze.
- Filtrować całe powietrze, z recyrkulacji i świeże przez odpowiednie filtry.
- Wprowadzać powietrze przy suficie, wyprowadzać przy podłodze.
- Należy unikać zbędnych wejść i wyjść z sali operacyjnej, ograniczyć personel do niezbędnego minimum.
- Ograniczyć do niezbędnego minimum przemieszczanie się personelu w obrębie sali operacyjnej.
- Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Protokół z wykonanych czynności z wynikami badań mikrobiologicznych jest przekazywany do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Postępowanie na bloku operacyjnym

- Stolik zabiegowy z instrumentarium chirurgicznym powinien być prawidłowo przygotowany: używamy materiału i narzędzi szczelnie zapakowanych, z prawidłowo odbarwionymi testami po sterylizacji.
- Należy uważać, aby instrumenty, okrycie pola operacyjnego, pościel, szwy, rękawiczki i serwety nie uległy zakażeniu przed zabiegiem operacyjnym lub w trakcie jego trwania, przez dotknięcie przez kogoś z obserwatorów lub personel pomocniczy.
- Wszystkie jałowe opakowania muszą być otwierane tak, by zapobiec kontaminacji ich zawartości.
- Operacje przypadków zakażonych powinny być przeprowadzane jako ostatnie w dniu operacyjnym.

Postępowanie na bloku operacyjnym

Technika operacji

- Trzymać tkanki delikatnie, unikać rozrywania tkanek, zwracając uwagę na skuteczną hemostazę, starając się zminimalizować ilość martwych tkanek i ciał obcych (np. szwy, przypalone tkanki i zanieczyszczenia) oraz eliminować puste przestrzenie w ranie operacyjnej.
- Wszystkie przecięte naczynia zabezpieczyć i odpowiednio podwiązać.
- Szycie powłok również musi być odpowiednie – szwy nie powinny być zakładane tak, aby powodowały napięcie w ranie. Zbyt napięte nici powodują ucisk na tkanki, niedokrwienie, a następnie ich obumarcie.
- Stosować pierwotnie odroczone szwy lub zostawić ranę otwartą do wtórnego zagojenia, jeśli stwierdzi się znaczne zabrudzenie pola operacyjnego.
- Narzędzia użyte do założenia zespołań, wycięcia tkanek itp., po ich użyciu powinny być odrzucone.
- Nici, materiał operacyjny, cewniki, dreny podawane w trakcie zabiegu muszą być podane jałowo.
- Drenować, jeśli jest taka konieczność, używając systemu zamkniętego. Wszystkie dreny założone pacjentowi powinny być zabezpieczone, aby nie uległy zainfekowaniu. Ranę należy drenować z oddzielnego cięcia przy użyciu jałowego zestawu drenującego. Usuwać dren tak szybko jak to możliwe.
- Po zakończeniu brudnego etapu operacji należy zmienić narzędzia, materiał dodatkowy, obłożenie brzegów rany oraz rękawiczki chirurgiczne.
- Bezpośrednio przed zamknięciem powłok (przed zakończeniem operacji), konieczne jest wykonanie dokładnej hemostazy.
- Nie należy rutynowo wykonywać płukania ran w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia miejsca operowanego.
- Nie stosować płukania rany roztworem antybiotyku w celu zapobiegania ZMO. Po zakończonym zabiegu należy zdezynfekować brzegi rany preparatem antyseptycznym, a następnie założyć jałowy opatrunek.

Postępowanie pooperacyjne

Pielęgnacja rany pooperacyjnej

- Osłaniać przy użyciu sterylnego opatrunku ranę zamkniętą pierwotnie przez 24-48 godzin po zabiegu. Opatrunek na ranie operacyjnej nie powinien być wcześniej otwierany, chyba że podejrzewa się zakażenie, lub jest bardzo przekrwiony – wówczas powinien być niezwłocznie zmieniony.
- Rana zamykana szwem pierwotnym powinna być oceniona po 48 godzinach po zabiegu. Decyzję o usunięciu opatrunku podejmuje się indywidualnie, uwzględniając aspekty kliniczne i komfort chorego.
- W przypadku ran gojących się wtórnie, powikłanych, zagrożonych ryzykiem zakażenia i/lub zakażonych może być uzasadnione dłuższe stosowanie opatrunku. Konieczność dłuższego pozostawienia opatrunku wynika z zastosowania miejscowych środków leczniczych lub opatrunków specjalistycznych i antybakteryjnych.
- Dezynfekować ręce przed i po zmianie opatrunku w każdym przypadku
- Zmianę opatrunku przeprowadzać w sterylnych rękawiczkach i za pomocą sterylnych narzędzi.
- Podczas zmiany opatrunku stosować zasady aseptyki. W celu zapobieżenia wprowadzeniu do rany drobnoustrojów z otoczenia rąk personelu, powierzchni i narzędzi stosować bezdotykową technikę aseptyczną (aseptic non touch technique) podczas zmiany opatrunków na ranie i w miejscu wprowadzenia drenu

Postępowanie pooperacyjne

- Ranę gojącą się pierwotnie powinno się fizycznie oczyszczać za pomocą sterylnego roztworu 0,9% NaCl bez stosowania rutynowych środków o działaniu przeciwbakteryjnym.
- Preparaty zawierające aktywny środek przeciwdrobnoustrojowy (np. roztwór wodny dichlorowodoru octenidyny) stosuje się do oczyszczania rany u chorych z ryzykiem ZMO, z raną skażoną oraz zagrożoną ryzykiem infekcji.
- Do obowiązków chirurga należy stały nadzór nad raną pooperacyjną.
- U chorych z objawami zakażenia lub zahamowania gojenia się rany należy dokonać oceny mikrobiologicznej. Próbkę do badania mikrobiologicznego należy pobrać po dokładnym oczyszczeniu rany za pomocą dwóch wymazówek (możliwość wykonania preparatu bezpośredniego barwionego metodą Grama i hodowli mikrobiologicznej) i ew. biopsji.
- Jeśli nie jest możliwe dostarczenie powyższego materiału do laboratorium mikrobiologicznego bezpośrednio po pobraniu, należy materiał zabezpieczyć w podłożu transportowym.

Postępowanie w przypadku przeprowadzania zabiegu septycznego

- Nie ma konieczności wydzielania oddzielnej sali do wykonywania zabiegów septycznych
- W przypadku wykonywania operacji septycznej, należy :
 - ograniczyć ruch personelu do niezbędnego minimum,
 - ograniczyć „brudną strefę”, czyli miejsce infekcji do sali, w której odbywa się operacja septyczna,
 - po zakończeniu operacji septycznej personel sali operacyjnej jest zobowiązany do zmiany odzieży operacyjnej i obuwia chirurgicznego na czyste, dezynfekcji higienicznej rąk,
 - przed kolejnym zabiegiem operacyjnym obowiązuje ponowna chirurgiczna dezynfekcja rąk,
 - salę operacyjną należy gruntownie umyć i zdezynfekować,
 - zaleca się wyłączenie sali na czas 30 minut - celem kilkunastokrotnej wymiany powietrza, licząc od momentu wyjścia personelu sprzątającego z sali operacyjnej.
- Decyzję o wdrożeniu postępowania „septycznego” podejmuje lekarz operator, postępowanie dotyczy całego personelu sali operacyjnej, w której toczy się zabieg septyczny.