

CONTROL DOLOR POST QUIRÚRGIC PACIENTS INTERVINGUTS HERNIA INGUINAL PER CMA

Treball Final de Grau

Laia PUIG GONZÀLEZ

Laia Puig González (laia.puig1@uvic.cat)

4rt. Grau Infermeria (GRUP M2)

Professor: Joan Carles CASAS

Facultat de Ciències de la Salut i del Benestar

VIC, Maig 2013

2. Resum

Resum: Control del dolor pacients intervinguts hèrnia inguinal per CMA

El dolor post-operatori és un dels problemes més importants que segons la OMS afecta als pacients intervinguts quirúrgicament i el que més els preocupa. Any rere any hi ha un increment del nombre de pacients intervinguts per Cirurgia Major ambulatoria al nostre país de manera que ha de ser el mateix usuari i la família els que facilitin les cures als pacients al propi domicili. Aquest estudi planteja si introduir intervencions educatives al servei disminueix el dolor post-operatori dels usuaris

Objectiu general: Dissenyar un programa d'informació que realitzarà infermeria dirigit als cuidadors i pacients del servei de CMA i que han de ser intervinguts de hèrnia engonal. Avaluar l'eficiència del mateix programa educatiu.

Metodologia: l'àmbit d'estudi d'aquest treball serà les unitats de Cirurgia Major ambulatoria de qualsevol centre de Catalunya. Es realitzarà un estudi comparatiu quantitatiu entre dos grups independents integrants per 30 participants en cadascun d'ells (total de 60 participants).

Grupo A: protocol habitual de la unitat

Grup B: intervenció educativa dissenyada

Els participants seran pacients majors d'edat, que compleixen els requisits per ser intervinguts per Cirurgia Major Ambulatoria de Hèrnia inguinal. El participant ha de fer-ho amb un familiar responsable de les seves cures.

Es realitzaran 3 enquestes al pacient i 3 al familiar responsable de les cures, la primera a les 24 hores després de la intervenció, la segona a la setmana i l'última a les 2 setmanes.

Limitacions de l'estudi: en cas de que el pacient que ha de formar part de l'estudi requereixi ingrés hospitalari per alguna complicació durant la cirurgia el pacient deixa de participar en l'estudi automàticament. En cas que el pacient o familiar no contestin al telèfon el dia i l'hora pactada prèviament també deixarà de formar part de la investigació. Per aquest motiu es tindran 10 pacients de reserva per si calgués reemplaçar el subjecte d'estudi.

Paraules clau: hernia inguinal / dolor / CMA

Abstract:

Postoperatori pain management in ambulatory surgery inguinal hernia

Postoperatori pain is the most important issue according to the WHO, affecting outpatients surgery (ambulatory surgery) and the most worrisome. In our country the number of ambulatory surgery increasing every year. The family is responsible to providing care to patients recovering at home. This study raises educational interventions to reduce postoperatori pain.

Overall objective: design a nursing education program conducted by caregivers/family and patients ambulatory inguinal hernia surgery. Evaluate efficiency of the educational program.

Methodology: Field of study ambulatory surgery units Catalan hospitals that have it. The study is rooted in a quantitative comparative study between two independent groups (group A and group B). Each group will be composed with 30 participants in the study.

Participants must be 18 years old, having inguinal hernia, meet requirements for outpatients surgery and must sign the informed consent.

Group A: normal protocol unit.

Group B: will be submitted to the educational program designed for the study

Instruments: will make 6 surveys: 3 patients and 3 to a family member. The first survey at 24 hours after the surgery, the second when passing a week of the surgery and the last one at two weeks.

Limitations: if the patient has any surgical complication during surgery not to participate in the study. If you do not answer the phone, leave to participate in this study.

Results help us to improve the information to give, adjusting patients care, adjusting pharmacological treatment, among many others.

Keywords: inguinal hernia / postoperative pain / educational program

3.-Introducció:

Porto molts anys treballant a un centre hospitalari en l'àmbit administratiu, per tant conec com es treballa a les diverses unitats que l'integren. Sovint els pacients al anar al hospital a visitar-se amb el metge solen estar nerviosos i marxen de la consulta oblidant-se de fer preguntes o de resoldre dubtes que durant el transcurs de la visita se'ls han plantejat. De manera que moltes vegades al arribar a casa decideixen trucar per preguntar.

Les trucades més freqüents solen estar relacionades amb intervencions quirúrgiques, els pacients solen oblidar aspectes importants sobre que cal portar, problemes amb la medicació... Actualment cada cop són més freqüents les Cirurgies Majors Ambulatòries de manera que els pacients marxen a casa el mateix dia de ser intervinguts, cosa que produeix un increment de l'angoixa dels usuaris per la manca de coneixement que tenen sobre les cures a realitzar o com anirà el post-operatori a casa.

Al observar que aquestes trucades eren molt reiterades vaig plantejar-me si la informació que es donava als pacients era l'adient, o si en realitat caldria replantejar-se les intervencions educatives que s'estaven portant a terme a la unitat.

No hem d'oblidar que actualment estem vivint una època de retallades i problemes econòmics a tot l'estat espanyol i fins hi tot a nivell europeu. Les infermeres cada cop tenim més pacients i menys temps per atendre'ls de manera que em plantejo si la manca de temps i de personal comporta que es prioritzin altres aspectes abans de facilitar correctament la informació al usuari. La meva pregunta es: informar correctament als pacients de CMA comportaria una disminució del dolor Post-quirúrgic agut?

Amb aquest treball vull observar si el fet de intervenir directament en la informació al usuari, en dos moments clau com són el pre-operatori (a la Consulta de infermeria) i al post-operatori (en el moment de l'alta de la UCSI) redueix el dolor agut dels pacients intervinguts de hernia inguinal.

Un estudi fet per un grup d'infermeres l'any 2007 (*) en el qual es pretenia avaluar l'eficàcia de una intervenció d'infermeria preoperatòria per a la gestió del dolor agut en pacients intervinguts de hernia, conclou que la entrega de material gràfic pot reduir la percepció de cada pacient del dolor agut post-operatori, i també disminueix problemes com caminar, mobilitzar-se i millorar el tractament farmacològic.

A partir de intentar respondre a aquesta pregunta de si elaborar una intervenció educativa en pacients de CMA intervinguts de hèrnia inguinal, comportaria una disminució del dolor post-operatori he buscat informació referent a: Cirurgia Major ambulatòria, hèrnies inguinals i dolor.

(*) FONT Callafell & Companyes. *Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria*. Revista de Enfermería Clínica.

4.- Antecedents i estat actual del tema

Definim la **Cirurgia Major Ambulatòria** (C.M.A) com aquell procediment o procés quirúrgic de mitjana complexitat que es realitza amb qualsevol tipus d'anestèsia i que requereix de unes cures post-operatòries no intensives i de curta durada, permetent així que el pacient no necessiti l'ingrés hospitalari podent marxar a casa hores després de finalitzar la intervenció quirúrgica. El pacient ingressa el mateix dia al hospital, es intervingut i és donat d'alta del servei hores més tard.

Actualment aquests procediments es solen realitzar a Unitats de Cirurgia Sense Ingrés (UCSI) les quals estan ideades exclusivament per a portar a terme aquests procediments quirúrgics.

En termes generals podem resumir els objectius de la cirurgia major ambulatòria com:

- Aconseguir la comoditat i benestar de l'usuari, donat que no altera ni interfereix en la seva vida familiar ja que el mateix dia torna a casa, descansant al seu propi llit.
- Aquest tipus de cirurgia minimitza aquelles complicacions que es poden derivar de un ingrés hospitalari, com per exemple les infeccions nosocomials. També minimitza l'angoixa de l'usuari i el fet d'estar a un entorn familiar com és la pròpia casa fa que desaparegui la sensació de soledat d'estar ingressat a un centre hospitalari.
- El fet de no requerir llit per ingrés hospitalari fa que el temps de llista d'espera quirúrgica sigui més curt, ja que no requereix disposar d'habitacions al hospital per poder realitzar la operació.
- Aquest tipus d'actes quirúrgics permeten racionalitzar els recursos hospitalaris. Recordem que actualment l'estat paga per unes estades estàndards als centres hospitalaris, el fet d'atendre e intervenir pacients sense requerir ingrés al hospital provoca que es pugui atendre e ingressar pacients que per patologia si que necessiten d'aquesta habitació a planta.

Cal especificar que tots els procediments quirúrgics per Cirurgia Major ambulatòria es realitzen amb les mateixes tècniques anestèsiques i quirúrgiques amb les que es portarien a terme en cas de que l'usuari quedés ingressat al hospital, de manera que no es procedeix d'una manera diferent ni s'utilitzen tècniques que no es coneixin.

4.1 Evolució històrica de la Cirurgia Major Ambulatòria

La cirurgia neix anys abans de la creació dels hospitals, com sabem la majoria d'ells es van començar a fundar durant la Era cristiana als temples dels mateixos Déus, els quals s'utilitzaven tant per acollir persones malaltes (hospicis) com per instruir a futurs metges (escoles de medicina). Poc a poc el nombre d'hospitals va creixent a mesura que augmenten les Ordres Religioses, creant així hospitals integrats sempre dins els monestirs on vivien aquests religiosos.

Es durant el segle XVIII que comencen a crear-se hospitals municipals dirigits per autoritats civils. A partir de la meitat del segle XIX hi ha una creixent demanda de recursos hospitalaris i sanitaris degut a dos factors: d'una banda la constant evolució de la pràctica mèdica en general i, d'altre banda, gràcies a les millores en l'asèpsia, l'anestèsia i els procediments quirúrgics. Això comporta que la societat cada vegada tingui més necessitat de recórrer a aquests serveis produint una massificació en la creació de hospitals durant el segle XX amb el seu increment de recursos econòmics pràcticament inassolible per a la gran majoria de centres hospitalaris.

De manera que podem concloure que l'evolució històrica de la cirurgia demostra que la necessitat d'ingressar a un centre hospitalari apareix per la complexitat de les intervencions quirúrgiques a realitzar, no només pensant en els aspectes merament tècnics de la intervenció, sinó també en els procediments anestèsics, en les normes d'asèpsia, en els controls pre i postoperatoris...

La C.M.A neix de la idea que a totes les intervencions quirúrgiques que no comportin una alta complexitat i que no tinguin connotacions que facin requerir un ingrés hospitalari, es poden fer sense necessitat de que el pacient a intervenir ocupi una habitació o un espai del centre hospitalari on ha ingressat. Tot i que es sabia que hi havia intervencions que per procediment quirúrgic no requerien hospitalització, calia avançar en diversos aspectes per poder començar a plantejar-se la possibilitat de fer intervencions que no requerissin ingrés hospitalari com per exemple les tècniques anestèsiques.

El primer estudi que trobem de certa importància sobre la Cirurgia Major Ambulatòria és el escrit per el professor i cirurgia **James H. Nicoll** a principis del segle XX (1909), en el que posava en coneixement de la comunitat científica un treball que portava realitzant amb nens des del 1899 al *Glasgow Royal Hospital for Sick Children*, en el

que va tractar quirúrgicament i de forma ambulatoria a un número aproximat de 8.988 nens. En aquest estudi va concloure que:

1. La majoria de cirurgia infantil podia ser realitzada ambulatoriament.
2. Donada l'edat dels pacients podia comportar més riscos l'ingrés hospitalari del nen, recomanava el seguiment domiciliari del nen per personal qualificat. Argumentava que la separació de la mare i el nen influïa negativament en la recuperació postoperatòria, motiu pel qual era millor que marxés a casa.
3. Finalment instava a la pràctica de cirurgia major ambulatoria d'hèrnies per persones adultes, i l'avalaven els bons resultats aconseguits amb nens.

Tot i els bons resultats que havia obtingut l'impacte d'aquest estudi (publicat al *British Medical Journal*) sobre aquest tipus de pràctica clínica va ser mínim.

L'any 1919 l'anestèsista R. M. Waters a la ciutat de Iowa (EEUU) va obrir un centre, sense cap mena de vinculació amb centres hospitalaris, en el que es tractaven casos de cirurgia menor i estomatologia. Va ser un centre pioner per a posteriors unitats independents de cirurgia major ambulatoria.

L'any 1955 E.L. Farquharson va publicar una sèrie de intervencions quirúrgiques de hernia inguinal en persones adultes, operats estrictament en règim de cirurgia ambulatoria a Edimburg. Aquests pacients van ser traslladats al seu domicili immediatament després de ser intervinguts, recomanant la deambulació precoç dels pacients. El que més es va fer destacar d'aquest estudi es que es tracta d'una innovació al Regne Unit on l'estada mitja dels pacients intervinguts de hernia inguinal en aquells anys era de 10 dies, de manera que es guanyaven habitacions i un estalvi considerable econòmicament parlant.

Aquests estudis van cridar l'atenció als Estats Units país on van decidir incorporar al seu sistema sanitari la Cirurgia Major Ambulatoria, i es va notar molt durant la dècada dels 60 on es comencen a crear grans programes de Cirurgia sense ingrés. D'aquesta manera es creia poder reduir la despesa sanitària incorporant tant les companyies d'assegurades com els centres hospitalaris, aquesta unitat a la seva cartera de serveis.

L'any 1961 es crea el primer programa de Cirurgia Ambulatoria al *Butterworth Hospital* (Michigan, EEUU). Al 1962 els metges D.D Cohen i J.B Dillon creen a la Universitat de California (Los Angeles, EEUU) una unitat de Cirurgia ambulatoria però donen un pas

més, ja que li donen molta importància a la seguretat del pacient, de manera que consideren de fonamental la correcta selecció dels pacients que poden entrar dins aquesta unitat. La correcta selecció i el correcte procediment quirúrgic i anestèsic acabarien donant els bons resultats que ells esperaven.

La consagració d'aquestes unitats té lloc amb la creació l'any 1969 de un "Surgicenter", de mans dels metges W. Reed i F. Ford a Phoenix (Arizona, EEUU). Es tractava d'un centre independent i autosuficient i que van definida per Reed i Ford com " un centre dissenyat per oferir atenció quirúrgica de qualitat a pacients, els quals la seva operació és massa delicada per realitzar-se a la consulta de un cirurgia, però no tant com per requerir hospitalització".

Finalment l'any 1973 la Associació Mèdica Americana (A.M.A) recomana que els hospitals haurien de poder estar preparats per a realitzar el nombre més alt de procediments quirúrgics que no necessitin l'hospitalització del pacient.

4.1.1 Desenvolupament de la Cirurgia Major Ambulatòria als EEUU

En el moment en que la Cirurgia Major Ambulatòria es va introduir als EEUU hi ha hagut un creixement constant tant per la disponibilitat del servei als diferents centres sanitaris, com el nombre de pacients o usuaris que n'han fet servei. Com a exemple cal veure que entre els anys 1979 i 1983 aquesta pràctica va incrementar un 53% en nombre de centres que oferien aquest servei.

Aquest creixement i expansió es va produir bàsicament per 3 factors. El primer de tots és que la C.M.A és va convertir en una pràctica clínica totalment acceptada tant pels pacients com per els professionals mèdics, que van veure que es tractava d'una forma de cirurgia sense risc afegit i amb molts avantatges.

Un altre aspecte important es que totes les persones que formaven part del procés sortien beneficiats d'alguna manera, pensem que:

- Els pacients: preferien aquesta cirurgia per la rapidesa , era molt menys molesta i interferia mínimament en la seva vida diària.
- Els cirurgians: consideraven que aquesta tècnica quirúrgica era molt més directa, més simple i permetia tenir molt més contacte amb el pacient.
- Institucions financeres: es beneficiaven per l'estalvi de la pernoctació dels usuaris al hospital.

- La societat: consideraven que els seus metges eren innovadors i s'actualitzaven amb el pas dels anys, de manera que es sentien molt orgullosos i tranquils pels procediments que portaven a terme.

I com a últim, i no menys important, aspecte que va permetre el creixement de les unitats de CMA als EEUU, ens trobem amb la vessant econòmica. Aquests procediments quirúrgics eren un exemple clar de que es podia estalviar i fer més rentable un acte mèdic.

4.1.2 El desenvolupament de la Cirurgia Major Ambulatòria a Europa

La situació econòmica que teníem a Europa en aquell temps era completament diferent a la dels EEUU, i aquest motiu va influir molt en la evolució d'aquest procediment quirúrgic, tot i que segons demostra la història la idea originària fos investigada per cirurgians europeus. Hi ha algunes causes que van influenciar en la lenta implantació de la C.M.A que són:

- L'apatia per part del personal mèdic
- Poc entusiasme dels gestors sanitaris degut a la gran inversió que calia fer per començar la construcció de les unitats de Cirurgia Ambulatòria.

Al Regne Unit el desenvolupament de les Unitats de Cirurgia Ambulatòria es va fomentar per l'administració sanitària bàsicament per dues raons, la primera per intentar reduir les llistes d'espera quirúrgiques. I també per intentar pal·liar la dificultat d'aconseguir personal de infermeria.

No és fins l'any 1985 que el *Royal College of Surgeons of England* decideix establir la Cirurgia Major Ambulatòria com a part important del tractament quirúrgic establint que un 50% dels actes quirúrgics a realitzar s'havien de fer mitjançant Cirurgia Sense Ingrés. Decideixen també elaborar una guia de recomanacions que es revisa periòdicament i on consta un llistat de totes les intervencions que es poden realitzar ambulatoriament.

Els centres hospitalaris eren incitats a proposar actuacions o pràctiques més eficient, a més a més el fet d'alliberar llits els permetia aconseguir ingressos econòmics complementaris.

D'aquesta manera s'ha aconseguit ampliar en gran mesura el nombre de intervencions quirúrgiques sense ingrés que es fan a aquest país. Una de les xifres

que he pogut trobar és que a l'any 1994 un 22% de les intervencions quirúrgiques que es feien al Regne Unit era amb Cirurgia Major Ambulatoria, actualment el nombre serà molt més elevat.

4.1.3 El desenvolupament de la Cirurgia Major Ambulatòria a Espanya

En el cas espanyol als inicis de la dècada dels 90 comença el desenvolupament d'aquesta pràctica clínica. Tot i que no hi havia gaire informació ni estudis, el primer treball que s'elabora a Espanya és el de Rivera l'any 1988 (referència bibliogràfica) amb un estudi pilot, un altre article interessant és el de E. Sierra (un dels precursors d'aquesta pràctica clínica) responsable de l'edició de una revisió sobre el desenvolupament de la Cirurgia ambulatoria en els darrers 10.

La primera unitat autònoma de Cirurgia Major Ambulatòria que es crea al territori és a Catalunya, concretament a Viladecans, l'any 1990, i al 1992 es crea la primera Unitat de Cirurgia Major ambulatoria (UCMA) o Unitat de Cirurgia Sense Ingress (UCSI) a l'Hospital de Toledo.

El Ministeri de Sanitat i Consum decideix donar impuls a aquesta tècnica i decideix elaborar una "Guia de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria" i incorporar també el pagament de cada procés quirúrgic que es faci amb C.M.A.

Aquestes millores i la importància que des de el ministeri es dona a aquest procés fa que hi hagi una gran expansió de la CMA per tot el Sistema Nacional de Salut, creant-se l'any 1994 la "Asociación de Cirugía Mayor Ambulatoria". Un estudi elaborat l'any 2005 va donar com a resultat que del total de intervencions que es fan al país un 40.5% de les mateixes es per Cirurgia Major Ambulatoria.

L'Organització Mundial de la Salut ("World Health Organization") l'any 2007 va publicar un resum de l'estat de la Cirurgia Major Ambulatòria (**). Aquesta senyala que hi ha un seguit de resultats que cal tenir en compte com:

- La manca d'estudis comparant la Cirurgia Major Ambulatòria amb la que requereix ingress
- La baixa incidència de mortalitat els 30 dies posteriors a la Intervenció, que està al voltant del 0.01% dels casos, tot i que generalment aquestes morts no tenen cap mena de relació amb l'acte quirúrgic al qual la persona ha esta sotmesa

(**) CASTORO, C & Companys." *Day surgery: making it happen*".

- Redueix els efectes adversos de la hospitalització del pacient com per exemple les infeccions nosocomials
- Els trastorns post-operatoris més comuns son lleus, tot i això els més freqüents són: DOLOR, nàusees, vertigen, cansament, cefalees, mal de coll. Aquests símptomes poden comportant un temps de permanència a la unitat superior, tot i això sempre s'acaba donant l'alta del usuari...

Un altre objecte d'estudi per part de la OMS, va ser el grau de satisfacció dels usuaris de les unitats. L'opinió dels pacients sol ser superior si des de el centre s'aconsegueix proporcionar:

- Un bon control del dolor, nàusees i vòmits durant el postoperatori
- Disminuir el temps d'espera fins a la intervenció quirúrgica
- Ambient confortable
- Seguiment telefònic al dia següent
- Que no es forci l'alta

L'aspecte econòmic es també de vital importància, sobretot amb l'època que actualment estem vivint. La CMA :

- Evita estades hospitalàries i redueix les llistes d'espera
- Allibera recursos de l'hospitalització convencional per a casos més urgents i complexes
- A les unitats de CMA específiques es millora la programació quirúrgica, es redueixen el nombre de cancel·lacions quirúrgiques incrementant així el rendiment del quiròfan
- Utilització més eficient dels recursos hospitalaris

Actualment al nostre país (segons dades del SNS) les intervencions quirúrgiques més comunes fetes per C.M.A són:

- Procediments sobre cristal·lí amb o sense vitrectomia
- Alliberament del túnel carpià

- Procediment sobre hèrnia inguinal
- Procediments sobre el peu
- Lligadura o "stripping" de venes
- Procediments sobre l'oïda, el nas, la boca o el coll
- Procediments sobre la regió perianal o regió pilonidal...
- Circumcisió edad inferior a 17 anys
- Amigdalectomia o adenoïdectomia
- Procediments sobre el genoll / artroscòpia

Entre totes aquestes cirurgies he decidit centrar-me en les intervencions de Hernia Inguinal, donat que l'estudi inicial que he trobat fet l'any 2007 es centrava en aquest procediment quirúrgic. Un altre aspecte que em va fer decantar-me per aquesta cirurgia, és que generalment la opinió dels usuaris sotmesos a aquesta intervenció és molt satisfactòria i l'índex de recidiva bastant baix.

4.2 Hèrnia

Una Hèrnia és una protuberància formada pel peritoneu. Aquest sac o protuberància passa a través d'una fàscia abdominal debilitada, segons la ubicació en la que es troba la hèrnia parlem de:

- Hèrnia femoral: protuberància a la part superior de la cuixa, just sota la zona inguinal. Sol ser més comú en dones.
- Hèrnia hiatal: la trobem a la part superior de l'estómac, una porció de la part superior de l'estómac s'endinsa a la zona toràcica.
- Hèrnia inguinal: protuberància de la zona inguinal, molt més comú en homes que en dones.
- Hèrnia umbilical: protuberància al voltant del melic. Té lloc quan el múscul que rodeja el melic no es tanca en la seva totalitat.

Generalment no hi ha un motiu obvi per a l'aparició d'aquest problema, sovint es sol presentar al fer algun esforç que incrementi la pressió dins la cavitat abdominal.

Les hèrnies solen ser diagnosticades a simple vista per la protuberància que es troba a la zona afectada, generalment no presenten cap simptomatologia associada. Els pacients solen manifestar al seu metge de capçalera la inflamació de la zona afectada i en algunes ocasions dolor. Aquests són derivats a l'especialista que els hi acabarà diagnosticant i els hi comentarà que l'únic tractament que es pot fer és la intervenció quirúrgica.

La reparació d'una hèrnia inguinal necessita de la col·locació de malles a la zona de correcció. Aquestes reparacions es poden fer de dues maneres:

1. REPARACIONS OBERTES: es tracta de una incisió per tal de col·locar una malla per reforçar la zona inguinal, es tracta d'una intervenció quirúrgica "lliure de tensió" de qualsevol múscul.
2. Principalment hi ha dues mètodes de reparació laparoscòpica: la reparació *transabdominal preperitoneal* (TAPP) i la reparació *totalment extraperitoneal* (TEP). Aquest tipus de intervencions suposen petites incisions i com a resultat: menys sagnat, menys infeccions, recuperacions més ràpides, reducció de l'hospitalització i la reducció del dolor crònic.

Generalment les intervencions solen ser obertes (Lichtenstein). Aquestes cirurgies solen presentar un dolor post-operatori de diverses intensitats, inclòs a llarg termini o fins –hi tot invalidant aquest dolor sol venir donat per la anatomia de la zona a intervenir.

Cal pensar que a la zona de la regió inguinal presenta 3 nervis perifèrics importants com són:

- Nervi iliohipogàstric o abdominogenital major
- Nervi ilioinguinal o abdominogenital menor
- Nervi genitofemoral

El fet de tocar aquesta zona produeix dolor durant un temps, però es pot provocar alguna lesió a la zona amb conseqüències més greus per l'usuari.

4.2.1 Classificació del dolor

El dolor el podem classificar de dues maneres:

DOLOR POST-OPERATORI AGUT: la durada del dolor postoperatori agut va des del postoperatori immediat fins els 30 dies de després de l'acte quirúrgic. Pràcticament tots els pacient presenten aquest tipus de dolor i el fet de complir correctament amb el tractament mèdic (antiinflamatoris i analgèsics) fa que el pacient refereixi menys dolor i pugui tornar a la seva vida normal amb el mínim temps possible.

DOLOR POST-OPERATORI CRÒNIC: aquesta etiqueta diagnòstica s'avalua al any de la intervenció quirúrgica. El dolor pot ser produït per: dolor a la fixació del pubis, dolor neuràlgic o dolor visceral o ejaculador.

Les reparacions de hèrnies es solen fer generalment per Cirurgia Ambulatòria (sempre que el pacient a intervenir compleixi els requisits per ser intervingut ambulatòriament) de manera que el post-operatori del pacient es fa íntegrament a casa. A les unitats de Cirurgia Sense Ingrés (UCSI) es tasca exclusiva de infermeria donar la informació al pacient abans i després de la intervenció. El fet de marxar a casa el mateix dia de la operació quirúrgica sol generar angoixa tant al pacient com als familiars, de manera que es imprescindible educar i ensenyar al usuari sobre tot el que s'ha de fer a casa des de les cures de la zona intervinguda com el tractament farmacològic que s'ha de seguir. Mai s'ha de deixar marxar a usuaris que tinguin dubtes o preguntes.

És de vital importància que tota persona que s'ha de realitzar un acte mèdic o quirúrgic estigui informat en tot moment del procediment al qual se'l sotmetrà, que se li expliqui tot el que ha de fer, la documentació que ha de aportar i tots els passos que haurà de seguir durant la seva estada al centre o al domicili.

El propòsit d'aquest projecte consisteix en dissenyar i executar un programa de informació, per així poder avaluar els resultats obtinguts. Volem esbrinar si aquest programa que elaborarem beneficia als usuaris disminuint el seu dolor post-operatori, i altres objectius descrits més endavant.

5-. Hipòtesi i objectius

Hipòtesi: informar a través d'un programa específic i dirigit als usuaris de CMA que han de ser intervinguts quirúrgicament d'hèrnia engonal, ajuda a controlar (disminueix) el dolor agut post-quirúrgic.

Objectiu general:

- Dissenyar un programa d'informació que realitzarà infermeria dirigit als cuidadors i pacients del servei de CMA i que han de ser intervinguts de hèrnia engonal
- Avaluar l'eficiència d'aquest programa d'informació pel que fa a la millora de les cures post-quirúrgiques.

Objectiu específic:

- Disminuir el dolor post-operatori immediat.
- Valorar si el pacient ha seguit totes les indicacions donades en el moment de l'alta de la unitat
- Conèixer el grau de coneixement de la família del pacient intervingut responsable de les cures immediates.
- Esbrinar si el pacient ha hagut de recórrer al servei de urgències (tant telefònicament com presencialment)
- Avaluar si el pacient ha entès tota la informació que se li ha facilitat al servei

6.- Metodologia

Àmbit d'estudi: Unitats de Cirurgia Major Ambulatòria dels centres hospitalaris que en disposin de Catalunya.

Disseny: Elaborarem un estudi comparatiu quantitatiu entre 2 grups de 30 pacients.

- GRUP A: pacients intervinguts de Hernia Inguinal amb el procediment habitual de la unitat.
- GRUP B: pacients intervinguts quirúrgicament de Hernia engonal aplicant el nostre programa educatiu.

A aquest estudi el que farem serà seleccionar un grup de 70 persones (cal tenir 10 persones de reserva). Un cop totes les persones escollides dividirem tota la mostra en dos, el que cal tenir en comte es que els integrants del grup B tinguin tots algun aparell per veure un CD, ja sigui ordinador o DVD.

Població i la mostra/participants: el nostre estudi el realitzarem a pacient majors d'edat, tots ells intervinguts quirúrgicament de hernia engonal al centre hospitalari. Tots ells hauran de permetre i autoritzar (signant un consentiment informat) la participació en aquest estudi.

Criteris d'inclusió i d'exclusió:

INCLUSIÓ:

- Usuari major d'edat (més de 18 anys)
- Complir criteris per intervenció de Cirurgia Major Ambulatòria (annex)
- Tenir un familiar de contacte localitzable per realitzar les enquestes telefòniques. Cal que remarquem que les enquestes es realitzaran tant al familiar com al pacient intervingut.
- Pacients intervinguts per primer cop mitjançant cirurgia ambulatòria (primer contacte amb la unitat)
- Pacients intervinguts de Hernia Inguinal
- Signar el document de consentiment per formar part de l'estudi

EXCLUSIÓ:

- Usuari menor d'edat
- Haver estat intervingut amb anterioritat de cirurgia ambulatoria
- Complicacions durant l'acte quirúrgic que requereixin l'hospitalització del pacient al centre hospitalari
- Usuaris amb alteracions cognitives o sensorials que impedeixin el contacte telefònic amb el pacient o la família
- No signar el document de consentiment per formar part de l'estudi.

Intervenció a realitzar:

GRUP A: aquest grup de 30 pacients estarà integrat per pacients intervinguts quirúrgicament de hèrnia umbilical. Aquest grup d'estudi seguirà el protocol habitual de la unitat tant al pre-operatori com al post-operatori, al moment de l'alta pactarem amb la família i el pacient una hora per localitzar-los (a les 24 hores de la intervenció) telefònicament i iniciar l'estudi que estem realitzant.

GRUP B: en el cas de una intervenció quirúrgica es tant important la informació que es dona abans de realitzar l'acte quirúrgic com després, es per això que en aquest estudi realitzarem dues intervencions. La primera d'elles tindrà lloc abans de la cirurgia ambulatoria a la consulta de anesthesiologia en la qual el pacient es visitat per l'anestesista com per la infermera. La segona intervenció es realitzarà directament a la Unitat de Cirurgia Sense Ingrés del centre hospitalari al qual es realitzi l'estudi, el mateix dia de la intervenció un cop sigui donat d'alta.

INTERVENCIÓ 1: a la consulta de anesthesiologia el pacient es sotmès a un seguit de proves tant pel metge com per la infermera. En el moment en que el pacient es reuneixi únicament amb infermeria serà quan s'iniciï la primera de les nostres intervencions. Dins el despatx s'explicarà:

- Què és una Cirurgia Major Ambulatoria
- Documentació identificativa que es imprescindible que aporti el dia de d'ingrés
- Roba i estris d'higiene personal que es necessiten

- Protocol a seguir previ a la intervenció: dejú, ungles despintades, dutxa el dia abans i el mateix dia amb les esponges que faciliten a la unitat, no portar cap tipus de joies (anells, collarets...), etc.
- Es facilitarà un telèfon on el pacient podrà trucar en cas de dubte o pregunta.

A continuació li facilitarem un "Cd" amb un petit vídeo explicatiu on podrà veure tot el que la infermera ha explicat durant la visita. Per aconseguir que el pacient entengui el funcionament de la unitat les imatges mostraran:

- Exemple de dia de ingrés: al vídeo es simularà una ingrés d'un usuari qualsevol a la unitat des de la seva recepció a Admissions, l'entrada a la unitat (on es vegin les instal·lacions de les que disposa el centre) i el post-operatori immediat a la Unitat.
- Es deixarà constància de quina documentació es facilitarà en el moment de l'alta: informe, receptes, visites post intervenció quirúrgica, justificants per a la família...

Amb aquest vídeo volem que el usuari conegui en tot moment el procediment que se li realitzarà, sàpiga com són les instal·lacions, el recorregut que seguirà i el tarannà de la unitat. Està demostrat que l'angoixa dels usuaris disminueix si coneix el procediment al qual serà sotmès i si coneix abans de la intervenció les instal·lacions en les que estarà.

Es durant aquesta primera visita quan la infermera ha de saber quin familiar serà responsable de les cures del pacient ja al domicili, es molt important explicar-li que ha d'estar localitzable per a les trucades.

INTERVENCIÓ 2: un cop el pacient és donat d'alta de la unitat una infermera (formada per aquesta tasca) es dirigirà a ell i al seu familiar de referència per explicar tot el procés de cures de infermeria després de la intervenció a la que ha estat sotmès, recordem que l'explicació de les cures post intervenció quirúrgica es tasca exclusiva de infermeria. Durant la intervenció explicarà:

- Medicació: tota intervenció al alta té un tractament farmacològic pel control del dolor. Facilitarem un foli on consti les preses de antiinflamatoris i calmants que

el pacient ha de prendre durant el seu post operatori a casa. Remarcarem la importància de que les preses siguin seguides igual que a la pauta de medicació aportada.

- Cures de la ferida: la ferida quirúrgica que s'ha fet ha estat curada a la l'àrea quirúrgica, de manera que durant un parell de dies no s'ha de tocar. Explicarem una cura bàsica de la ferida i la necessitat de que la infermera de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) controli la ferida almenys un cop durant el seu post-operatori.
- Recomanacions: durant les primeres 24-48 hores hauríem de prendre la temperatura del pacient (recordem que en pacients adults es considera febre a partir de 38), evitar esforços importants durant el post-operatori del pacient, importància de caminar després del procediment quirúrgic...
- Complicacions: educarem al pacient i a la família sobre quines són les complicacions que es poden presentar pel procediment quirúrgic al que ha estat sotmès. Remarcarem que en cas que algun d'aquests problemes aparegui durant la recuperació del usuari cal que truqui a la unitat o es personi al servei de Urgències del centre de referència.

Cal facilitar un ambient tranquil i adequat per a la comunicació verbal entre infermeria i pacient/família. Sempre preguntar si el pacient té algun dubte o si cal remarcar algun aspecte que no es tingui clar. Per tal que se sentin més segurs donarem un díptic explicatiu on es pugui consultar tots els aspectes explicats durant la conversa amb infermeria, i remarcar el telèfon de consulta de la unitat que està operatiu les 24 hores.

Un cop el pacient i el familiar ho tenen tot clar el que farem serà acordar el dia i l'hora de la trucada que es realitzarà per part de la unitat a les 24 hores de la intervenció. Cal recordar als participants de l'estudi la importància de respondre el telèfon a l'hora acordada.

Variables i mètodes de medicació: el primer que cal recordar es que l'estudi que estem desenvolupant consisteix en un estudi comparatiu de dos grups seleccionats prèviament per la unitat. D'aquests dos grups únicament al grup B se li hauran fet les intervencions explicades prèviament, el grup A seguirà el protocol normal de la unitat. L'objecte principal a estudi es saber si les intervencions que hem escollit ajuden a disminuir el dolor dels usuaris, es per això que una de les variables que estudiarem serà el **DOLOR** durant el post operatori al domicili. Per tal de saber quin es el nivell de

dolor del pacient enquestat utilitzarem l'escala EVA del dolor, ja que està molt estandarditzada i es fàcil d'entendre pel pacient.

No només ens interessa el dolor, es important saber si s'acompleix tant el tractament **FARMACOLÒGIC** pautat, com les **CURES** al pacient explicades als familiars. També ens interessa esbrinar si han tingut la necessitat de adreçar-se als serveis de **URGÈNCIES** tant presencialment com via telefònica (recordem que la unitat ha de tenir un telèfon accessible les 24 hores).

També volem avaluar si el **PROGRAMA EDUCATIU** que estem desenvolupant es profitós per el pacient i la família.

Amb aquests resultats aconseguirem comparar i esbrinar si modificar la informació que donem als usuaris i a la família beneficia al pacient. En cas que els resultats del grup B siguin millors que els del grup A sabrem que les indicacions donades i la informació impartida per part del personal de infermeria han sigut beneficioses per l'usuari i per la institució.

Per poder fer una medició correcte d'aquests aspectes farem unes petites enquestes telefòniques tant al pacient com al familiar de referència. D'aquesta manera esbrinarem si la nostre intervenció informativa ha beneficiat tant al usuari com a la família, fent més planer el post operator. Abans de l'alta de la unitat els hi explicarem que rebran 3 trucades nostres:

- 24 hores de la intervenció quirúrgica
- A la setmana de l'alta
- El dia abans de la visita amb el cirurgia a l'hospital (la visita amb el cirurgia sol ser als 15 dies de la intervenció)

Ens posarem d'acord amb ells per saber en quin moment del dia els localitzarem a casa o al mòbil.

Anàlisi dels registres: les dades s'analitzaran utilitzant tècniques d'estadística descriptiva com, per exemple, les proporcions, les mitjanes, DE... Al fer-se una comparació de proporcions entre els dos grups s'aplicaran comparances de proporcions i comparances de mitjanes per grups independents.

Recordem que els 60 participants de l'estudi respondran a 3 enquestes iguals en les preguntes, de manera que el que volem apreciar és l'evolució i el control del dolor i del

post-operatori del pacient. Es així com podrem observar si la medicació pautaada és la correcte, si ha calgut assistència per part del servei de urgències del centre hospitalari o els ha calgut trucar al telèfon 24 hores de la unitat de Cirurgia Major Ambulatoria per resoldre qualsevol dubte.

A l'annex trobareu un exemple de la fulla de registre per a la recollida de la informació.

Limitacions de l'estudi: El fet de que les enquestes es facin via telefònica pot comportar alguns problemes, però el més greu de tots seria no aconseguir localitzar a un usuari. Cal remarcar el dia de la intervenció la importància de facilitar telèfons on es pugui localitzar tant al pacient com al familiar i demanar més d'un telèfon. En cas que un dels usuaris no contestés durant el dia pautaat amb ell per a l'enquesta, aquest participant deixarà de formar part de l'estudi i serà substituït per un altre integrant que reuneixi les característiques marcades.

En cas de hospitalització abans de la visita amb el cirurgia que l'ha intervingut el pacient deixarà de formar part de l'estudi i es substituirà per un altre, en aquest cas ens adreçarem al familiar/pacient (ja sigui a l'habitació o per telèfon) per explicar-li els canvis i agrair la participació. No incloem pacient que hagin requerit assessorament telefònic o visita a urgències.

Modificacions en la pauta de medicació: en cas que el pacient no requereixi tota la medicació que té pautaada durant les primeres setmanes s'haurà d'anotar. Aquests canvis en la medicació són un aspecte important per saber si el tractament farmacològic és l'idoni, o si s'ha de modificar. En cas que un pacient o familiar ens ho expliqui anotarem el canvi que s'ha fet.

Aspectes ètics:

Els pacients que estiguin disposats a formar part de l'estudi que pretenem realitzar hauran d'autoritzar al centre en qüestió el fet de que faci us de les seves dades clíniques. Es per això que se'ls hi entregarà un Consentiment informat per tal que puguem utilitzar la seva història clínica, abans de signar el document el pacient haurà de saber que:

- Únicament s'usaran les seves dades per a l'estudi que es realitza al centre i amb finalitat científica.
- Protegirem els seus drets com a pacient.

- Enlloc constarà el seu nom, ni cap dada personal amb la que se'l pugui relacionar.
- En el moment en que decideixi formar part de l'estudi, automàticament se li donarà un número identificatiu al pacient amb el qual es gestionaran totes les dades, al qual només es podrà accedir en cas de formar part de l'estudi com a professional (es crearà una base de dades per a l'estudi a la qual podrà accedir únicament el grup que realitza l'estudi)

Els participants de l'estudi s'han de comprometre a seguir les pautes de infermeria donades a l'alta, intentant complir tots els passos que s'han facilitat i sobretot no enganyar durant les enquestes. El fet de tenir resultats que no es corresponen amb la realitat provocaria resultats erronis.

7.- Utilitat pràctica dels resultats

Es tasca de infermeria informar a l'usuari però la qüestió es saber si aquesta feina la realitzem correctament. Està demostrat que el fet de educar als usuaris beneficia el seu procés de curació.

En el cas del nostre estudi al realitzar un estudi comparatiu de dos grups independents ens permet comparar els resultats obtinguts de les enquestes realitzades. Entre les variables a estudiar podem obtenir els següents resultats:

- Dolor: gràcies a la enquesta i als resultats podrem valorar el nivell de dolor dels usuaris intervinguts quirúrgicament. El fet d'avaluar-ho durant dues setmanes ens permet tenir una idea de l'evolució d'aquest dolor i de si el tractament farmacològic es efectiu.
- Tractament farmacològic: esbrinarem tant des del punt de vista del pacient com el de la família si s'ha respectat la pauta de medicació. Això ens permetrà saber si la medicació és la correcte, si s'ha de modificar d'alguna manera.
- Cures pautades: sabrem si les indicacions de infermeria sobre les cures de infermeria i les recomanacions donades s'han seguit.
- Necessitat d'assistència telefònica i presencial de urgències: d'aquesta manera esbrinarem si ha sigut necessària la assistència mèdica d'urgència o si ha calgut consultar algun dubte telefònicament.

En cas que aquestes intervencions siguin positives per a la unitat es podrien fer extensibles per a la resta de intervencions de cirurgia ambulatoria i d'aquesta manera mirar de perfeccionar el tractament, esbrinar el nivell de dolor de cada intervenció quirúrgica i la seva evolució i sobretot evitar visites a urgències o consultes telefòniques a les unitats responsables disminuint la concentració de treball a les unitats de urgències o a la pròpia unitat de cirurgia sense ingrés.

8.- Organització del projecte

He estimat que el temps aproximat de durada del treball sigui de dos anys o 8 trimestres. El fet que sigui necessari escollir 2 grups determinats de persones i planificar les dues intervencions, l'elaboració del vídeo explicatiu, la informació que hem d'aportar des de infermeria... provoca que el temps que s'inverteix en seleccionar els participants de l'estudi adients i organitzar en temps la posterior recollida de dades (recordem que cada usuari requerirà un seguiment durant les dues setmanes posteriors), sigui de pràcticament 5 trimestres.

L'anàlisi de les dades i la discussió dels resultats són molt més ràpides i senzilles donat que la enquesta a realitzar telefònicament als usuaris (veure annex...) és molt curta i no requereix de la creació d'una base de dades massa complicada. L'elaboració del informe final i la preparació de la presentació dels resultats es pot elaborar simultàniament a l'últim trimestre de la investigació.

A continuació trobareu un cronograma on s'estima el temps a invertir en cadascuna de les etapes del nostre estudi:

Etaques/trimestre	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
Bibliografia i documentació	X							
Planificació del treball de camp	X	X	X					
Recollida de dades			X	X	X			
Creació de la base de dades					X	X		
Anàlisi dels resultats							X	
Discussió dels resultats							X	X
Elaboració del informe final								X

Presentació oral o escrita de l'estudi									X
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

EQUIP DE TREBALL: aquest estudi està pensat per a una unitat concreta del centre hospitalari de manera que cal que el responsable de la coordinació i el control de l'evolució del projecte hauria de ser un treballador de la unitat de Cirurgia ambulatòria del hospital. Estem parlant d'una tasca específica de infermeria la informació al usuari sobre les cures post-operatòries al domicili, de manera que el responsable del projecte hauria de ser una INFERMERA de la UNITAT DE CIRURGIA SENSE INGRÈS del centre hospitalari.

Aquesta infermera necessita d'un equip al qual delegar responsabilitats vitals pel desenvolupament de l'estudi, cal de l'ajuda d'altres infermers/infermeres que ajudin a seleccionar als usuaris i a desenvolupar la recollida de dades així com totes les posteriors etapes de l'estudi. Seria adient formar un equip d'uns 10 professionals d'infermeria de la unitat per poder:

- Seleccionar als participants en l'estudi
- Realitzar intervenció preoperatoria
- Recollida de dades
- Discussió dels resultats
- Difusió dels resultats

Contractarem a una infermera aliena a la unitat a la qual es formarà per tal que pugui ser l'encarregada de realitzar la intervenció postoperatòria.

És important tenir l'assessorament de 2 anestesistes de la unitat que ajudessin:

- Seleccionar els participants en l'estudi
- Discussió dels resultats

Finalment necessitarem de la col·laboració d'experts en muntatge audiovisual per tal de elaborar el vídeo explicatiu que facilitarem al grup B dels participants en l'estudi.

En conclusió per a l'elaboració del nostre estudi intentarem formar un equip de professionals del nostre centre per tal de intentar disminuir costos alhora de portar a terme la nostre investigació. L'equip estarà format per:

- 1 infermer/a de la unitat de Cirurgia Ambulatòria com a investigador principal i responsable de l'estudi
- 10 infermers/es de la Unitat de Cirurgia Ambulatòria com a col·laboradors de l'estudi
- 1 infermera aliena a la unitat formada per a la realització de la intervenció postoperatoria
- 2 anestesistes de la unitat com a col·laboradors de l'estudi
- 1 expert o empresa de muntatge audiovisual per elaborar el vídeo explicatiu de la unitat

9.- Bibliografia

Miranda Pitchot, A. (1992). *Dolor posoperatorio: estudio, valoracion i tratamiento*. Barcelona: Editorial Jims

De la Quintana Gordon, F. & Lopez Lopez E. (2007). *Compendio de anestesiologia para enfermería*. Madrid: Editorial Elsevier España.

Sierra Gil, E. (2001). Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Revista Cirugía Española*, volumen 69, número 04. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-espa%C3%B1ola-36/volumen-69/numero-04>

FONT Calafell, Anna; PRAT Borrás, Imma; ARNAU Bartes, Anna; JESUS Torra Freixas, Maria; BAEZA Ransanz, Teodora (2011). Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. *Revista Enfermería Clínica*, volumen 21, número 05. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/intervencion-educativa-enfermeria-gestion-dolor-post-operatorio-cirugia-90028608-originales-2011>

Hidalgo, M., Castellon, C., Figueroa, J.M., Eymar, J.L. & Moreno González, E. (2001) Complicaciones de la cirugía de las hernias. *Revista Cirugía Española*, volumen 69, número 3. Disponible a: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/36/36v69n03a11000114pdf001.pdf>

Porrero, J.L., Bonachía, O., López-Buendicha, A., Sanjuanbenito, A. & Sánchez-Cabezudo, C. (2005) Reparación de la hernia inguinal primaria: Lichtenstein frente a Shouldice. Estudio prospectivo y aleatorizado sobre el dolor y los costes hospitalarios. *Revista Cirugía Española*, volumen 69 número 1. De la página 75 a la 78.

Rodríguez Rivero, A. Valdés Mesa, P. Armas Darias, JC & Valdés Leyva, F.(2001) Comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios. *Revista Cubana de Cirugía*, volumen 40, número 1. Disponible a: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol40_1_01/cir06101.htm

García- Aguado, R., Moro, B., Martínez-Pons, V., Viñoles, J. & Hernández, H. (2003). El camino hacia la normalización de la anestesia ambulatoria. *Revista Española de Anestesiología i Reanimación*. Volumen 50; número 9. De la página 433 a la 438

Castoro, C. Bertinato, L. Baccaglioni, U. Drace, C. Mckee, M & IAAS Executive Committee Members. *POLICY BRIEF. Day Surgery: Making it Happen*. Obtingut a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo.(2008) Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. (Ministeri de Sanitat i Consum d'Espanya. Sistema Nacional de Salut) Obtingut de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>

Generalitat de Catalunya. (2011). Índex de Substitució per CMA. (Generalitat de Catalunya. Observatori de tendències de Serveis de Salut). Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir2547/doc35185.html>

En quant a les bases de dades consultades gràcies a l'accés que ens facilita la Universitat de Vic, hi ha hagut dues on he aconseguit trobar algun tipus de informació relacionada amb l'àmbit d'estudi en el que em volia centrar. Les bases han sigut: SCOPUS-V.4 i CINALH. Les paraules clau utilitzades han sigut:

- DOLOR
- HERNIA INGUINAL
- COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS
- CONTROL DOLOR

Alhora de buscar informació sobre Unitats de Cirurgia Sense Ingrés o Unitats de Cirurgia Major Ambulatoria vaig adonar-me que la informació que faciliten les pàgines web dels centres hospitalaris és escassa, de manera que l'usuari no pot consultar dubtes que tingui online.

10.- Pressupost

Conceptes	€
Personal a contractar: <ul style="list-style-type: none">- Infermera (mitja jornada durant 3 mesos)	2700 €
Material inventariable: <ul style="list-style-type: none">- Despatx unitat CMA	0 €
Material fungible: <ul style="list-style-type: none">- 40 Cd's- Bolígrafs, folis, fotocopies, carpetes, etc..- Trucades telefòniques als usuaris- Documentació informativa per usuaris	1000 €
Viatges i dietes: <ul style="list-style-type: none">- Dietes personal estudi- Assistència congressos	3000 €
Altres despeses: <ul style="list-style-type: none">- Gravació vídeo explicatiu de la unitat- Formació personal infermeria a contractar	1200 €
TOTAL	7900 €

Cal recordar que com hem explicat al punt 7 (organització del projecte) gran part de l'equip que realitzarà l'estudi forma part del centre hospitalari i per tant aquesta tasca la desenvoluparan dins el seu horari laboral. Tot el que són les instal·lacions les facilitarà el centre hospitalari.

11.- Annexes

Annex 1: Enquesta a realitzar per l'usuari/pacient

Annex 2: Enquesta a realitzar per el familiar del pacient

Annex 3: Exemple fulla registre de la informació de l'estudi

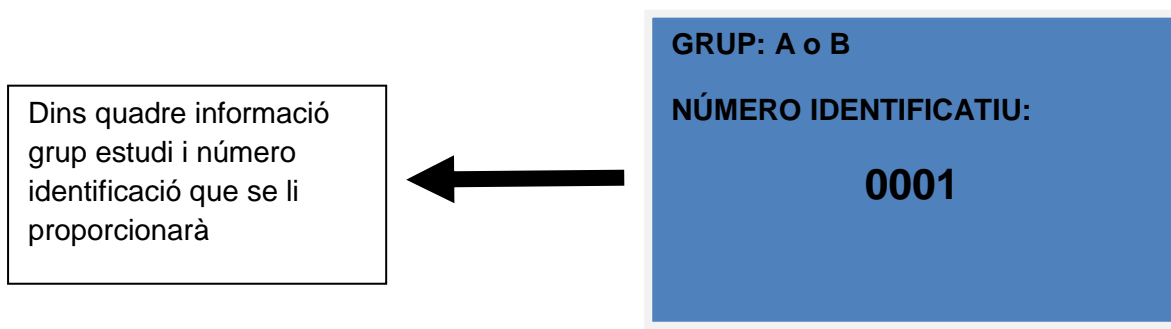
Annex 4: Exemple consentiment informat

Annex 5: Escala de EVA

Annex 6: Cura bàsica de ferida quirúrgica

Annex 7: Criteris exclusió pacients per a intervencions de Cirurgia Major Ambulatoria

Annex 1: ENQUESTA PACIENT



1. ESTAT GENERAL: com es troba? 1 (molt malament) – 2 – 3 – 4 – 5 (molt bé)

2. DOLOR (ESCALA EVA): avaluar del 1 al 10 sent 1 gens de dolor i 10 un dolor insuportable :

X

3. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC: ha seguit el tractament? SI o NO

- Si la resposta es negativa: per que no ha seguit el tractament?

4. INDICACIONS INFERMERIA: ha seguit les indicacions donades? SI o NO

- Si la resposta es negativa: per que no ha seguit el tractament?

5. CONSULTA TELEFÒNICA: SI o NO

- Resposta afirmativa: quin dia?

- Resposta afirmativa: motiu?

6. CONSULTA AL SERVEI DE URGÈNCIES (presencial): SI o NO

- Resposta afirmativa: quin dia?

- Resposta afirmativa: motiu?

Annex 2: ENQUESTA AL FAMILIAR.

Familiar grup: A o B

NÚMERO IDENTIFICATIU PACIENT:

0001

1. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC: seguiment pauta medicació? SI o NO
 - Resposta negativa: motiu?
2. CURA FERIDA: s'ha fet la cura com es va explicar? SI o NO
 - Resposta negativa: perquè?
3. INDICACIONS INFERMERIA: seguiment? Si o NO
 - Resposta negativa: motiu?
4. CONSULTA TELEFÒNICA: SI o NO
 - Resposta afirmativa: quin dia?
 - Resposta afirmativa: Motiu?
5. CONSULTA SERVEI URGÈNCIES (presencial): SI o NO
 - Resposta afirmativa: quin dia?
 - Resposta afirmativa: Motiu?
6. DUBTES durant els dies: SI o NO
 - Resposta afirmativa: quins?
7. MILLORA informació facilitada?

Annex 3: FULLA REGISTRE INFORMACIÓ ESTUDI

Grup: A o B

**NÚMERO IDENTIFICATIU
PACIENT:**

0001

Grup: A o B

**NÚMERO IDENTIFICATIU
PACIENT:**

0001

Enquesta usuari	Primera enquesta		Segona enquesta		Tercera enquesta	
1.- ESTAT GENERAL	1-2-3-4-5		1-2-3-4-5		1-2-3-4-5	
2.- ESCALA EVA	Escala numèrica de 0 a 10		Escala numèrica de 0 a 10		Escala numèrica de 0 a 10	
3.- TRACTAMENT FARMACOLÒGIC	SI (5)	NO (4)	SI (5)	NO (4)	SI (5)	NO (4)
4.- Motiu no següent						
5.- INDICACIONS INFERMERIA (següent)	SI (7)	NO (6)	SI (7)	NO (6)	SI (7)	NO (6)
6.- Motiu no següent						
7.- CONSULTA TELEFÒNICA	SI (8)	NO (9)	SI (8)	NO (9)	SI (8)	NO (9)
8.- Motiu consulta						
9.- URGÈNCIES	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10.- Motiu consulta						

Enquesta familiar	Primera enquesta		Segona enquesta		Tercera enquesta	
1.- MEDICACIÓ	SI (3)	NO (2)	SI (3)	NO (2)	SI (3)	NO (2)
2.- Motiu no seguir.						
3.- CURA FERIDA	SI (5)	NO (4)	SI (5)	NO (4)	SI (5)	NO (4)
4.- Motiu no cura						
5.- INDICACIONS INFERMERA	SI (7)	NO (6)	SI (7)	NO (6)	SI (7)	NO (6)
6.- Motiu no seguir indicacions						
7.- CONSULTA TELEFÒNICA	SI (8)	NO (9)	SI (8)	NO (9)	SI (8)	NO (9)
8.- Motiu consulta						
9.- URGÈNCIES	SI (10)	NO (11)	SI (10)	NO (11)	SI (10)	NO (11)
10.- Motiu consulta						
11.- DUBTES	SI (12)	NO (13)	SI (12)	NO (13)	SI (12)	NO (13)
12.- Quins?						
13- MILLORA						

CONSENTIMENT INFORMAT

TÍTOL ESTUDI: CONTROL DOLOR POST-QUIRÚRGIC EN PACIENTS INTERVINGUTS DE HÈRNIA INGUINAL PER CMA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Laia Puig Gonzàlez, número col·legiada: xxxxxxx

GRUP INVESTIGACIÓ: Unitat Cirurgia Major Ambulatòria

CENTRE: Hospital XXXXXXXXXXX

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi es voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment, sense que així s'alteri la seva relació amb el metge ni es produeixi cap perjudici en el seu tractament.

L'estudi constarà de la realització de 3 enquestes telefòniques:

- A les 24 hores
- A la setmana de la intervenció
- A les dues setmanes de la intervenció

Els participants en l'estudi quantitatiu formaran part de dos grups de control aleatòriament distribuïts.

CONFIDENCIALITAT:

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els subjectes participants s'ajustarà a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal. D'acord al que estableix la legislació mencionada, vostè pot exercir els drets d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades, motiu pel qual s'haurà de dirigir al investigador principal.

Les dades recollides per a l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i únicament l'investigador principal de l'estudi i el grup col·laborador podran relacionar aquestes

dates amb vostè i amb la vostra història clínica. De manera que la seva identitat no serà revelada a cap persona, excepte alguns casos d'emergència mèdica o requeriment legal.

En el moment de signar el consentiment, es compromet a complir amb els procediments de l'estudi que se li han exposat.

Jo _____ amb DNI

_____ declaro que se m'han informat correctament sobre l'estudi a realitzar. Per tant accedeixo a participar a formar part d'aquest estudi:

Signatura pacient:

Signatura testimoni:

Jo _____ amb DNI

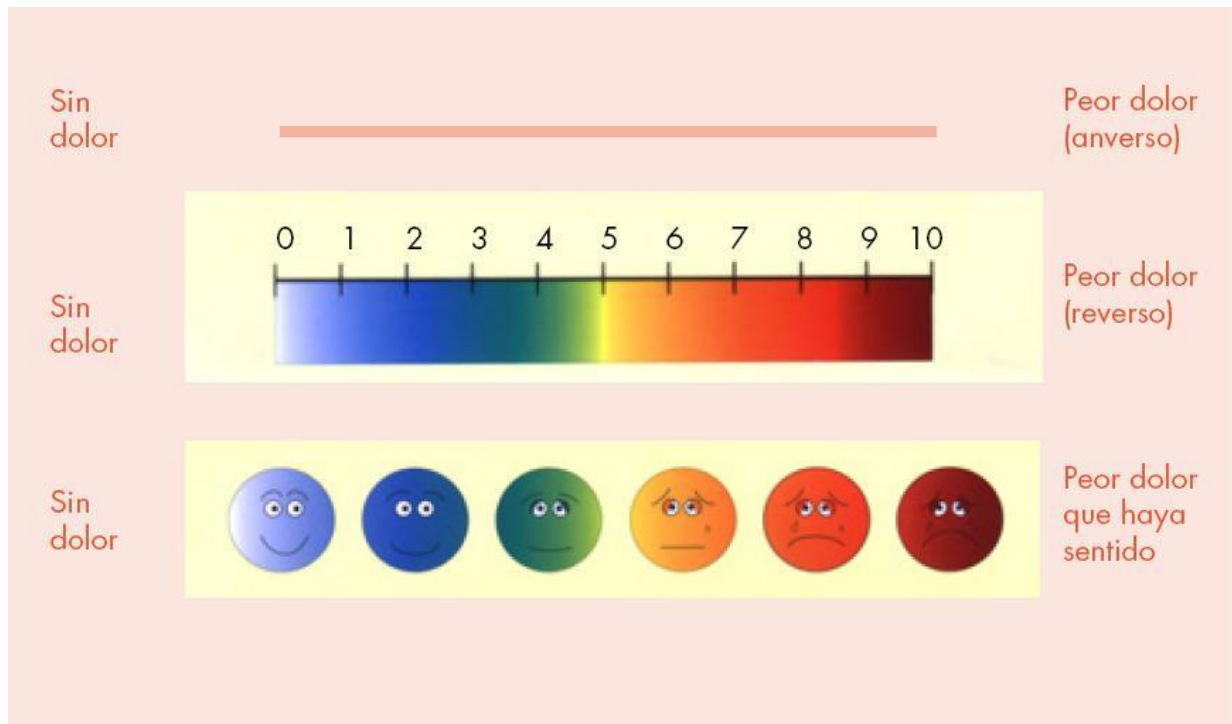
_____ com a familiar de _____

declaro que se m'ha informat correctament sobre l'estudi a realitzar. Per tant accedeixo a participar en aquest estudi:

Signatura familiar:

Signatura testimoni:

Annex 5: ESCALA EVA



Annex 6: CURA BASICA FERIDA QUIRÚRGICA

Tot el material de cures serà facilitat per la infermera de la unitat:

- Retirar apòsit de la ferida
- Neteja de la ferida quirúrgica amb sèrum fisiològic i gassa estèril
- Observar la ferida (per observar possibles complicacions de la ferida)
- Amb POVIDONA YODADA (Betadine ®) i una gassa estèril impregnar la ferida
- Tapar la ferida amb apòsit estèril
- Fer la següent cura en 48 hores.

Annex 7: CRITERIS INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ PACIENTS DE CMA

INCLUSIÓ:

Criteris quirúrgics:

- Intervencions que no requereixin una preparació preoperatòria complexa
- Processos sense gran pèrdua de volum anatòmic o hemàtic (+500 mL)
- Cures post-operatòries senzilles i poc risc de complicacions
- No requeriment de tractament parenteral posterior
- Dolor post-operatori controlable amb analgèsics orals

Criteris anestèsics:

- Pacients catalogats com ASA I, II i III estable. Podrien considerar-se els ASA IV per a intervencions amb anestèsia local
- Durada de la intervenció quirúrgica inferior a 90 minuts amb anestèsia general

Característiques del propi pacient:

- Participació voluntària i consentiment informat del pacient, o responsable, per a la intervenció per cirurgia ambulatoria
- Pacient cooperador i capaç d'entendre ordres, tant orals com escrites

Entorn social:

- Suport familiar o social adequats, amb possibilitat de disposar de l'atenció d'un adult responsable durant el trasllat al domicili i les primeres 24 hores post-operatòries
- Disponibilitat de transport i temps d'accés al seu centre de referència inferior a 1 hora des del domicili
- Domicili o lloc de convalsència accessible a les condicions del pacient a l'alta; disponibilitat de telèfon i dels requisits elementals de l'habitabilitat el confort e higiene

EXCLUSIÓ:

Criteris absoluts:

- Pacients ASA III inestable o ASA IV amb anestèsia general o locorregional
- Obesitat amb IMC superior a 35 i complicacions respiratòries o cardiovasculars
- Cardiopatia isquèmica grau IV
- Antecedents de infart agut de miocardi en els mesos anteriors
- Insuficiència cardíaca congestiva graus III i IV
- Apnea del son amb anestèsia general i opiacis post-operatòris

Criteris relatius:

- Diabetis "mellitus" amb mal control metabòlic
- EPOC sever per processos amb anestèsia general
- Processos psiquiàtrics, drogoaddicció o alcoholisme sever
- Antecedents de complicacions anestèsiques
- Utilització d'oxigen domiciliari
- Tractament amb anticoagulant, IMAO, corticoides o immunosupresors
- Embaràs
- Antecedents de hipertèrmia maligna
- Epilèpsia
- Edat superior a 85 anys

12.- Agraïments i nota final de l'autor

A continuació m'agradaria agrair a tota la gent que m'ha ajudat i m'ha donat el seu suport durant l'elaboració del meu treball.

En primer lloc vull agrair a la meva família la paciència que han tingut amb mi tot aquest temps. Sense el suport dels meus pares (Lluís i Alícia), dels meus germans (Marc i Lluís) i de la meva cunyada Judith, segurament l'estrès i la "mala llet" en alguns moments m'haurien superat.

No puc oblidar als meus amics Laura Fité, Ona Bosch i Jhimy Càceres, tot i estar desapareguda durant setmanes rebia missatges i frases de suport. Però sobretot els moments d'esbarjo sopant o prenent un cafè m'han donat energies per continuar. Gràcies "Mindus" meus!

Durant 4 anys he tingut 5 persones que m'han ajudat amb tot el que he necessitat i ara no podia ser menys. Gràcies a les meves amigues de la Universitat de Vic: Aroa Gutierrez, Mireia Garcia i Judith Armengol, sou el millor que m'emporto d'aquests anys (a part de la carrera). Tampoc puc oblidar-me dels que no han acabat amb nosaltres però si que van començar: Xavi Mercader i Lidia Sanz.

A Joan Carles Casas només puc agrair-li com m'ha guiat per fer el treball, com fa les preguntes justes per tu trobar respostes a tots els teus dubtes. Ha sigut fantàstic tenir-te com a tutor per aquest treball.

A la Fundació Hospital Asil de Granollers, el meu lloc de treball i on tinc grans companys i companyes, gràcies per la vostra ajuda desinteressada.

Finalment espero que el treball sigui tot lo beneficiós i positiu que per mi a sigut la seva elaboració. He trobat una vessant que m'ha agradat molt, la investigació. Espero que en un futur quan tingui el meu títol pugui participar en molts projectes de recerca i poder signar estudis que ajudin a les infermeres en la seva tasca diària. Nosaltres infermeres també podem investigar i avançar en les nostres competències.

13.- Autorització de difusió

El sota signant **autoritza** que aquest treball TFG es pugui difondre de forma oberta per mitjà de canals o mecanismes de divulgació científica i docent en els quals participa la UVIC.

NOM: Laia Puig González

Signatura:

Vic a, 10 de Maig de 2013