

ARTYKUŁ POGŁĄDOWY / REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 02.03.2020 • Zaakceptowano/Accepted: 20.03.2020

© Akademia Medycyny

Zabiegi w ginekologii jednego dnia – właściwe postępowanie anestezjologiczne *Same-day gynecological procedures – proper anaesthesiological management*

Michał Gaca¹, Dariusz Maciejewski²

¹ Katedra Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej, *Collegium Medicum* Uniwersytetu Zielonogórskiego, Sekcja Anestezjologii w Położnictwie Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine Unit, *Collegium Medicum* of the University of Zielona Góra, Obstetrics Anesthesiology Section of Polish Association of Anesthesiology and Intensive Therapy

² Akademia Techniczno-Humanistyczna, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bielsku Białej, Sekcja Znieczulenia Ambulatoryjnego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
University of Bielsko Biala, Ambulatory Anesthesia Section of Polish Association of Anesthesiology and Intensive Therapy



Streszczenie

Trudno znaleźć istotne różnice w postępowaniu anestezjologicznym do zabiegów operacyjnych w ginekologii jednego dnia w odróżnieniu od znieczuleń ambulatoryjnych w innych dziedzinach zabiegowych. Przypomniano więc oprócz przeciwbólowego postępowania pooperacyjnego po zabiegach ginekologicznych, ogólne zasady z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. „w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii”, które mają szczególne zastosowanie w znieczuleniach ambulatoryjnych. Przedstawiono również zasady organizacji systemu i znieczulenia pacjentów w warunkach skróconego okresu okołoperacyjnego (znieczulenia ambulatoryjne, znieczulenie w chirurgii jednego dnia) cytując i komentując niektóre zalecenia Sekcji Znieczulenia Ambulatoryjnego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. *Anestezjologia i Ratownictwo 2020; 14: 187-194.*

Słowa kluczowe: znieczulenie do zabiegów ginekologicznych, znieczulenie ambulatoryjne

Abstract

It is difficult to discern between anaesthesiological management in same-day gynecological surgeries and ambulatory anesthesia in other types of surgical procedures. Therefore, apart from analgesic postsurgical practices in gynecological procedures also the general rules of the Regulation of Polish Minister of Health of 16 December 2016 ‚on medical healthcare organization standard in anaesthesiology and intensive therapy’ applied particularly in ambulatory anaesthesia have been recalled. Also, the rules concerning system organization as well as patients’ anaesthesia in conditions of short-term perioperative period (ambulatory anaesthesia, same-day surgery anaesthesia) have been presented by quoting and commenting on some of the recommendations issued by Ambulatory Anesthesia Section of the Polish Association of Anesthesia and Intensive Therapy. *Anestezjologia i Ratownictwo 2020; 14: 187-194.*

Keywords: anaesthesia for gynecological procedures, ambulatory anaesthesia

28 stycznia 1848 roku w dramatycznych okolicznościach umiera piętnastoletnia Hannah Greener. Raport z dochodzenia wskazywał, iż przyczyną zgonu było działanie chloroformu podanego jej przez dr Meggisona do operacji usunięcia paznokcia. Powszechnie uważa się, że był to pierwszy udokumentowany przypadek śmiertelnego powikłania związanego z anestezją. *Nie ma małych znieczuleń, mogą być jedynie małe zabiegi chirurgiczne*, taką maksymę przekazywał naszemu pokoleniu anestezjologów, jeden z założycieli powojennej anestezjologii w Polsce, Pan Profesor Witold Jurczyk. Nic lepiej i bardziej lapidarnie nie ilustruje potrzeb i zagrożeń tak zwanych znieczuleń ambulatoryjnych.

Trudno znaleźć istotne różnice w postępowaniu anestezjologicznym do zabiegów operacyjnych w ginekologii jednego dnia, w odróżnieniu od znieczuleń ambulatoryjnych w innych dziedzinach zabiegowych. Warto jednak przypomnieć zasady ogólne z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii [1], od których odstępstwa, pomimo często banalnych zabiegów, znieczulający pozwolić sobie nie może:

§ 5. Standardy określone w § 9 pkt 5 i 7-15 oraz wymagania dotyczące wyposażenia stanowiska znieczulenia określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia stosuje się w:

- 1) *ambulatorium lub zakładzie leczniczym, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne,*
- 2) *pomieszczeniach, w których jest wykonywana praktyka zawodowa lub/i są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji.*

§ 9. Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, zgodnie z którym:

- 5) *lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi; lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia;*

On 28th January 1848 a fifteen-year-old Hannah Greener dies in dramatic circumstances. The investigation report indicated that the cause of death was chloroform, which she was administered by dr Meggison for nail removal procedure. It is commonly accepted to be the first documented case of terminal complications related to anesthesia. 'There are no minor anaesthetizations, there may be only minor surgeries', this maxim was passed to our generation of anesthesiologists by one of the post-war founders of anesthesiology in Poland, Prof. Witold Jurczyk. There is no better or concise definition of the needs and threats of the so called ambulatory anesthesia.

It is difficult to discern between anesthesiological management in same-day gynecological surgeries and ambulatory anesthesia in other types of surgical procedures. It is worthwhile, however, to recall the general rules of the Regulation of Polish Minister of Health of 16 December 2016 on medical healthcare organization standard in anesthesiology and intensive therapy¹⁾, which must not be deviated from even in seemingly simple surgical procedures:

§ 5. Standards determined in § 9, Items 5 and 7-15 as well as the requirements concerning the equipment at analgesia post defined in Part I of Appendix 1 to the Regulation shall be applied to:

- 1) outpatient clinic or healthcare facility where stationary and 24h health care, other than hospital treatment, is provided,
- 2) rooms where internships are practiced and/or anesthesia procedures are performed.

§ 9. Organization standard of healthcare procedures provided in hospitals with regard to anesthesia has been determined and following that:

- 5) anesthesiologist and intensive care specialist shall learn the details of patient's medical documentation, supplemented with all essential laboratory test results provided by the head physician and, not later than 24 hours before the planned procedure, perform the examination in order to qualify the patient to anesthesia, in accordance with patient's health condition and their medical indications; anesthesiologist and intensive care specialist may additionally order tests and consultations necessary to qualify the patient to anesthesia.;

- 7) lekarz kwalifikujący pacjenta do znieczulenia wypełnia podczas kwalifikacji *kartę konsultacji anestezjologicznej*;
- 8) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
- 9) lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie *znieczulać tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną*;
- 11) lekarz wykonujący znieczulenie znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
- 16) *w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.*

Doceniając istotę odmienności postępowania anestezjologicznego, w ramach działalności Sekcji Znieczulenia Ambulatoryjnego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wydano w czasopiśmie „Anestezjologia i Intensywna Terapia” *Zasady organizacji systemu i znieczulenia pacjentów w warunkach skróconego okresu okołoperacyjnego (znieczulenia ambulatoryjne, znieczulenie w chirurgii jednego dnia)* [2]. Warto tu (celem przypomnienia) przytoczyć część zaleceń w tym artykule zawartych, odsyłając wszakże szczególnie zainteresowanych do znacznie obszerniejszego oryginału:

Zalecenie 1

Zabiegi ze skróconym okresem okołoperacyjnym (chirurgia jednego dnia, chirurgia ambulatoryjna) są specjalnym systemem opieki nad chorym i postępowania lekarskiego – anestezjologicznego i zabiegowego, który powoduje, że planowa procedura operacyjna i wszystkie związane z nią czynności organizacyjne i lecznicze zaczynają się i kończą w ciągu jednego dnia, nie przekraczając każdorazowo 24 godzin i pozostając w rozumieniu polskiego prawa świadczeniem wykonywanym w ramach działalności podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej.

Zalecenie 2

Zabiegi z planowym skróconym okresem okołoperacyjnym powinny być wykonywane w placówkach o określonym planie architektonicznym i infrastrukturalnym, ustalonych zasadach organizacji procesu leczenia

- 7) the doctor qualifying a patient to anesthesia completes Anesthesia Consultation Form during the qualification procedure;
- 8) Patient's Consent Form to analgesia should be enclosed to their medical history files;
- 9) the doctor performing analgesia may anesthetize only one patient at a time, during anesthesia a nurse anesthetist cooperates with the doctor; it also concerns the anesthetic procedures performed outside an operating theatre;
- 11) the doctor performing analgesia is in the direct vicinity of the patient throughout the anesthesia procedure;
- 16) directly during the postoperative period the patient should be transferred to post-anesthesia room.

Considering the distinctiveness of anesthesiological procedures, as part of activities of Ambulatory Anesthesia Section of the Polish Association of Anesthesia and Intensive Therapy, the following paper has been issued: ‘Zasady organizacji systemu i znieczulenia pacjentów w warunkach skróconego okresu okołoperacyjnego (znieczulenia ambulatoryjne, znieczulenie w chirurgii jednego dnia) [eng. ‘The rules concerning system organization and anesthesia of patients in conditions of shorter perioperative period (ambulatory anesthesia, same-day surgery anesthesia)]’ [2]. Thus, it appears worthwhile (as a reminder) to recall some of the recommendations contained in this paper as well as to refer for more details to the original one:

Recommendation 1

Procedures with shorter perioperative period (same-day surgeries, ambulatory surgeries) represent a special system of healthcare and medical, anesthesiological and surgical management, which compel the scheduled surgical procedure and all the related organizational and therapeutic activities to start and finish within one day, not exceeding 24 hours, and in accordance with the Polish law they are the services performed as part of medical entity or medical practice operations.

Recommendation 2

Procedures with shorter perioperative period should be performed in facilities of a specific architectural and infrastructural layout as well as predefined regulations concerning treatment processes including,

nia, w tym w szczególności kwalifikowania pacjenta do postępowania i reguł jego zakończenia.

Zalecenie 3

Placówki medyczne wykonujące zabiegi w trybie skróconego postępowania okołoperacyjnego muszą być wyposażone w sprzęt zapewniający sprawną obsługę administracyjną pacjenta, leczenie zabiegowe i postępowanie anestezjologiczne, a także możliwość zwalczania powikłań na każdym etapie postępowania ze szczególnym odniesieniem do możliwości przeprowadzenia kwalifikowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Zalecenie 4

Pacjenci chirurgii jednego dnia kwalifikowani do postępowania leczniczego muszą wypełniać określone kryteria doboru: medyczne, psychologiczne i socjalne, co stanowi podstawowy warunek ich bezpieczeństwa i unikania powikłań oraz stabilności organizacyjnej systemu leczenia ze skróceniem okresu okołoperacyjnego.

Zalecenie 5

Przygotowanie pacjentów spełniających kryteria stanu fizycznego według ASA I i II stopnia do leczenia w placówce chirurgii jednego dnia nie wymaga żadnych badań analitycznych i diagnostyki obrazowej, jeżeli potrzeba takich badań nie wynika z przeprowadzonego wywiadu lekarskiego, badania ogólnego chorego, założonej strategii zabiegu i znieczulenia.

Zalecenie 6

Nie należy wykonywać zabiegów ze skróconym okresem okołoperacyjnym w grupie pacjentów posiadających bezwzględne przeciwwskazania do takiego postępowania lub u chorych, u których znajomość patogenety choroby może wskazywać na wystąpienie wczesnych lub późnych powikłań leczenia zabiegowego i/lub znieczulenia.

Tu, jak się wydaje, konieczne jest przytoczenie kilku szczegółów (cyt. [2]):

- *Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologów oraz wytyczne innych towarzystw anestezjologicznych, a także liczne doniesienia piśmiennictwa oraz osobiste doświadczenie autorów potwierdzają, że za bezwzględne przeciwwskazania do podejmowania znieczulenia i operacji w trybie jednego dnia należy uznać:*
- *istotne problemy i komplikacje podczas poprzednich znieczuleń bez względu na ich rodzaj, ze szczególnym uwzględnieniem trudności w intubacji*

in particular, the process of patient's qualification for procedures and the rules determining its completion.

Recommendation 3

Medical facilities performing procedures with shorter perioperative period must be equipped with devices ensuring smooth administrative services, surgical treatments and anesthesiological procedures as well as the possibility to counteract complications at every stage of management, particularly with reference to availability of qualified cardiopulmonary resuscitation.

Recommendation 4

Same-day surgery patients qualified for therapeutic treatment must meet certain selection criteria: medical, psychological and social ones, which are the basic conditions of their safety and avoidance of complications as well as organizational stability of the treatment system with shorter perioperative period.

Recommendation 5

Preparations of the patients who meet physical status criteria in accordance with ASA I and II grade for treatments at same-day surgery facility do not require any analytical tests and diagnostic imaging if these tests are not required following patient's medical interview, general examination, assumed strategy of treatment and anesthesia.

Recommendation 6

Procedures with shorter perioperative period must not be performed in patients with absolute contraindications for such procedures or in patients whose disease pathogenesis may indicate development of early or late treatment or anesthesia complications.

It appears here necessary to recall a few details [cit. 2]:

- American Association of Anesthesiologists and the guidelines of other anesthesiologist associations as well as multiple literary reports and authors' personal experience confirm that absolute contraindications to same-day surgery and anesthesia include:
- significant problems and complications during previous anesthesia, regardless of their type, particularly including intratracheal intubation difficul-

dotchawiczej i występowaniem działań ubocznych środków znieczulenia;

- występowanie rodzinne incydentów hipertermii złośliwej lub sugestie kliniczne, które mogą sugerować wystąpienie takiego zespołu;
- krytyczną otyłość pacjenta ($BMI > 40 \text{ kg m}^{-2}$);
- zespół bezdechu nocnego o charakterze obturacyjnym i/lub związanym z otyłością, lub jego podejrzenie;
- zażywanie inhibitorów monoaminoooksydazy;
- niestabilne choroby przewlekłe
- stan fizyczny chorego według ASA III lub IV stopnia; stabilny i kontrolowany stan ASA III i IV stopnia nie stanowi bezwzględnie przeciwwskazania do zabiegu;
- narkomania — niektóre doniesienia dopuszczają jednak znieczulenie pacjentów zażywających pochodne kannabinoidów, ze względu na ich farmakokinetykę i okresowe zastosowanie lecznicze. Kategorie przeciwwskazanie dotyczy natomiast innych grup narkotyków w tym pochodnych β -fenyloetyloaminy (np. amfetamina);
- brak świadomej zgody chorego;
- wiek pacjenta - granica górna wieku nie jest ostatecznie określona i pozostaje wyznaczona oceną jego stanu fizycznego i istniejących chorób. Dolną granicą jest natomiast wiek 6 tygodni w przypadku noworodka urodzonego o czasie i 55-60. tydzień życia postkonceptualnego dla noworodków wcześniaczych (urodzonych przed 37. tygodniem). Wynika to z zagrożenia bezdechem w okresie poznieczuleniowym. Podobnie, przeciwwskazaniem do znieczulenia jest wywiad wskazujący na występowanie w rodzinie śmierci łóżeczkowej. Należy podkreślić, że znieczuleniem dzieci w najmłodszych grupach wiekowych powinny zajmować się wyspecjalizowane do opieki pediatrycznej zespoły lekarsko-pielęgniarskie, co znajduje formalne odzwierciedlenie w wytycznych wielu towarzystwa anestezjologicznych;
- warunki socjalne w miejscu zamieszkania, które nie pozwalają na zapewnienie ciągłej opieki innej osoby przez okres 24 godzin po wykonanym zabiegu i znieczuleniu w warunkach względnego komfortu. Do bezwzględnych przeciwwskazań należy także zaliczyć znaczne oddalenie od placówki ochrony zdrowia (powyżej 50 km lub 1 godzina jazdy samochodem), utrudniony dojazd do miejsca zamieszkania oraz brak pewnej łączności telefonicznej z placówką, która wykonywała zabieg, oraz inną placówką ochrony zdrowia.

ties and occurrence of side effects due to anesthetic agents;

- familial occurrence of malignant hyperthermia incidence or clinical suggestions that may indicate the possibility of this syndrome;
- critical obesity of the patient ($BMI > 40 \text{ kg m}^{-2}$);
- sleep apnea syndrome of obstructive nature and/or associated obesity, or its suspicion;
- intake of monoamine oxidase inhibitors;
- unstable chronic diseases;
- physical status of a patient in accordance with ASA III or IV grade; stable or controlled ASA III or IV grade status is not an absolute contraindication to the procedure;
- drug abuse - certain medical papers allow for anesthetization of patients who take derivatives of cannabinoids due to their pharmacokinetics and temporal therapeutic action. Absolute contraindication concerns, however, other groups of drugs, including derivatives of β -phenylethylamine (e.g. amphetamine);
- the lack of patient's informed consent;
- patient's age - the upper age limit is not definitely specified and is to be determined by the physical condition and co-existing diseases of the patient. However, the lower age limit is 6 weeks of age in case of full-term newborns and 55th - 60th week of post-conceptual age for pre-term newborns (born before 37 week). It is related to the risk of apnea developing in a post-anesthesia period. Likewise, another contraindication to anesthesia is patient's medical history positive for familial crib death. However, it must be stressed that anesthesia in the youngest groups of patients should be handled by teams of doctors and nurses specialized in pediatric care, which is formally reflected in the guidelines of many anesthesiology associations;
- social conditions in the place of living, which impede the provision of constant care of another person for 24 hours after the procedure and analgesia in conditions of a relative comfort. Absolute contraindications also include a significant distance from a healthcare facility (over 50 km or 1 hr drive), obstructed access to the place of living and lack of telephone connection with the facility that performed the procedure as well as another healthcare facility'.

Zalecenie 7

Znieczulenie w warunkach skróconego okresu okołoperacyjnego powinno zakładać minimalizację stresu pacjenta, znaczną sterowność i adekwatność anestezji, brak powikłań oraz możliwość uniknięcia I stopnia opieki pooperacyjnej przez zastosowanie odpowiednich leków i technik znieczulenia dla minimalizacji wczesnych i późnych objawów ubocznych wykonanego znieczulenia.

Anestezjolog powinien stosować leki i techniki o przewidywalnie krótkim czasie działania.

- Opioidy: fentanyl i remifentanyl.
- Leki usypiające i podtrzymujące sen: propofol, desfluran lub sewofluran.
- Leki zwiotczające mięśnie (jeśli bezwzględnie trzeba): rocuronium (ale wtedy konieczne zabezpieczenie w sugammadeks).
- Blokady obwodowe i centralne (konieczne USG z odpowiednią głowicą): TAP-block, znieczulenie podpajęczynówkowe (również „siodłowe”): lignokaina, bupiwakaina, ropiwakaina.

Zalecenie 9

Pacjent po znieczuleniu w trybie skróconego okresu okołoperacyjnego może opuścić placówkę leczniczą po jednoznacznym stwierdzeniu braku powikłań wczesnych zabiegu i znieczulenia oraz wobec ustąpienia większości objawów znieczulenia, po dokonaniu oceny klinicznej lub wykonaniu testów sformalizowanych oraz oceny instrumentalnej.

Kryteria zwolnienia pacjenta do domu po znieczuleniu ambulatoryjnym powinny być określone następująco:

- pacjentka z ASA I lub II (z wyższą punkcją pozostaje 24 godz. w szpitalu)
- stabilne funkcje życiowe (ciśnienie tętnicze, czynność serca, liczba oddechów) przez co najmniej ostatnie 30 minut,
- tylko nieznaczne nudności lub wymioty przez co najmniej ostatnie 30 minut,
- orientacja co do czasu, miejsca i osoby,
- tylko nieznaczne oszołomienie przy ubieraniu się przez ostatnie 30 minut,
- opanowany ból pooperacyjny przez doustne środki przeciwbólowe,
- oddanie moczu po zabiegu,
- co najmniej 4-6 godzin od wybudzenia,
- opieka osoby dorosłej podczas transportu do domu i przez dobę od zwolnienia.

Recommendation 7

Analgesia in a shorter postoperative period should assume minimal patient's stress, a significant controllability and adequacy of anesthesia, no complications and possibility to avoid I grade postoperative care by application of proper medication and analgesia techniques to limit early or late side effects of the performed anesthesia.

An anesthesiologist should use medications and techniques of predictably short-term outcomes.

- Opioids: fentanyl and remifentanyl.
- Sedatives and sleep maintenance drugs: propofol, desflurane or sevoflurane.
- Muscle relaxants (only if absolutely necessary): rocuronium (but necessarily after reversal with sugammadex).
- Peripheral and central blockades (it is crucial to perform US scan with an appropriate head); TAP-block, subarachnoid anesthesia (also 'saddle' type); lignocaine, bupivacaine, ropivacaine.

Recommendation 9

The patient who underwent analgesia under the mode of a shorter postoperative period may leave a healthcare facility following a conclusive confirmation of no early post-treatment and post-analgesia complications and having the majority of analgesia symptoms subsided as well as clinical evaluation, lab tests and physical examination performed.

The criteria of patient's discharge following ambulatory analgesia should be defined as follows:

- ASA I or II grade patient (with higher score remains 24 hours in the hospital),
- stable vital signs (blood pressure, heart action, the number of breaths) within the last 30 minutes or longer,
- only minor nausea or vomiting within the last 30 minutes or longer,
- good orientation as for time, place and person,
- only minor stupor while dressing within the last 30 minutes or longer,
- post-operative pain under control due to oral analgesics,
- urination after the surgery,
- at least 4-6 hours after recovery,
- assistance of an adult person during transportation and 24 hours after discharge.

Przed zwolnieniem pacjentki z oddziału najlepiej określić i udokumentować jej stan wg skal:

- Aldreya (wymagane 9-10 punktów)
- Ramseya (wymagane spełnienie 2 punktu)
- NRS (wymagane poniżej 5 punktów).

Zalecenie 10

Plan leczenia chorego powinien zakładać unikanie „małej chorobowości” związanej z wykonanym zabiegiem, obejmując w pierwszym rzędzie zwalczanie bólu pooperacyjnego oraz nudności i wymiotów.

Zalecane są przede wszystkim paracetamol i metamizol oraz leki niesteroidowe przeciwzapalne (NLPZ, NSAID): ketoprofen, diklofenak, ibuprofen, ale również parekoksyb, etorikoksyb – z powodu mniejszej liczby powikłań ze strony przewodu pokarmowego i układu krzepnięcia.

Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie³⁾ pozwalają na wybór metody postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym uzależniając je przede wszystkim od rodzaju i zakresu zabiegu ginekologicznego, który powinien zostać przyporządkowany do jednej z czterech kategorii:

Zabiegi operacyjne połączone z niewielkim urazem tkanek (Kategoria I)

W tej grupie mieszczą się drobne zabiegi ginekologiczne, wykonywane w ramach procedur chirurgii „jednego dnia”. Spodziewany poziom natężenia bólu w okresie pooperacyjnym wynosi <4 punkty wg NRS, a czas trwania dolegliwości bólowych jest zazwyczaj krótszy niż 3 dni.

Są to wg autorów: operacje i biopsje zmian na sromie, w pochwie i na szyjce macicy, operacje w zakresie kanału szyjki macicy z dostępu pochwowego, histeroskopia diagnostyczna, punkcja jajnika i punkcja zatoki Douglasa.

Zabiegi operacyjne połączone z miernym urazem tkanek (Kategoria II)

W tej grupie mieszczą się zabiegi operacyjne w jamie brzusznej bez konieczności otwierania jamy otrzewnowej. Spodziewany poziom natężenia bólu w okresie pooperacyjnym wynosi >4 punkty wg NRS, a czas trwania dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym jest zazwyczaj krótszy niż 3 dni.

Wg autorów są to: wyluszczenie torbieli gruczołu Bartholina, usunięcie kłykcin kończystych sromu i pochwy, plastyki pochwy, plastyki pochwy, amputacja szyjki macicy, slingoplastyki podcewkowe, kolposu-

Before discharge a patient's condition should be evaluated and documented in accordance with:

- Aldrete Score (9-10 points are required)
- Ramsay Score (at least 2 point must be obtained)
- NRS (maximum 5 points may be obtained).

Recommendation 10

Treatment plan of a patient should assume avoidance of 'low morbidity' related to the performed procedure, primarily including post-operative pain control as well as nausea and vomiting.

Recommended medications mostly include: non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID), ketoprofen, diclofenac, ibuprofen but also parecoxib, etoricoxib due to lower rate of complications affecting digestive tract and coagulation system as well as metamizole and paracetamol.

Recommendations concerning pain management in gynecology and obstetrics allow for the choice of the method of pain control in post-operative period depending most of all on the type and scope of gynecological procedure, which should be designated to one of four categories:

Surgical procedures associated with a minor injury of tissues (Grade I)

This group includes minor gynecological procedures performed as part of same-day surgery. Predicted level of pain intensity in post-operative period is <4 points in NRS, and duration of pain is usually shorter than 3 days.

According to the authors these include: operations and biopsies of vulva, vagina and cervix lesions, surgeries of cervical canal with vaginal access, diagnostic hysteroscopy, ovary puncture and recto-uterine pouch puncture.

Surgical procedures associated with the moderate injury of tissues (Grade II)

This group includes surgeries on abdominal cavity without opening the peritoneal cavity. Predicted level of pain intensity in post-operative period is >4 points in NRS, and duration of pain in postoperative period is usually shorter than 3 days.

According to the authors these procedures include: enucleation of Bartholin cyst, excision of vulvar condyloma and vaginal condyloma, vaginoplasty, cervix amputation, sub-urethral slingplasty, colposuspension, statics vaginal disorder, reconstructive surgery due to

spensje, zaburzenia statyki pochwy, operacje rekonstrukcyjne z powodu agenezji pochwy, laparoscopia diagnostyczna i hysteroskopia operacyjna.

Wyróżnione w cytowanych rekomendacjach kategorie III i IV zabiegów nie wydają się bezpieczne do przeprowadzenia w warunkach ambulatoryjnych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Michał Gaca

Katedra Anestezjologii, Intensywnej Terapii
i Medycyny Ratunkowej

Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

ul. Zyty 28; 65-046 Zielona Góra

☎ (+48 68) 329 63 52

💻 m.gaca@cm.uz.zgora.pl

vaginal agenesis, diagnostic laparoscopy and surgical hysteroscopy.

Highlighted in the cited recommendations III and IV categories of treatments are not to be safely performed in ambulatory conditions.

Piśmiennictwo/References

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej Warszawa, dnia 29 grudnia 2016 r. Poz. 2218
2. Maciejewski D. Guidelines for system and anaesthesia organisation in short stay surgery (ambulatory anaesthesia, anaesthesia in day case surgery). *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2013;45:190-9.
3. Kotarski J, Dobrogowski J, Jakowicki J, Przesmycki K, Skręt A, Wordliczek J, et al. Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie *Ginekol Pol.* 2006;78:494-8.