

ΜΟΝΑΔΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Μ. Μεσσήνη¹, Κ. Κουμπάρου¹, Α. Δημητρίου¹, Στ. Κωστάκη²,
Μ. Γεωργιάδης³, Στ. Λιβάνιος³

¹Οδοντιατρικό Τμήμα – Ειδική Μονάδα Ατόμων με ειδικές Ανάγκες (ΑμΕΑ) ενήλικες Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας

²Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας

³Οδοντιατρικό Τμήμα – Ειδική Μονάδα Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑμΕΑ) Παιδιών και Εφήβων και Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία αναφέρονται τα πλεονεκτήματα της εξωτερικής νοσηλείας στην μετεγχειρητική πορεία. Η πολυεπίπεδη ευνοϊκή επίδραση που είχε η μετάβαση των ασθενών, μετά την επέμβαση και την ανάνηψη στο σπίτι, επεσημάνθη πολύ νωρίς, από τις αρχές του περασμένου αιώνα (Holt R.D), αλλά η τεχνική αυτή έτυχε ευρύτερης αποδοχής από τα τέλη της δεκαετίας του '60, ενώ έχει υπολογισθεί ότι μέχρι το 2000 το 40-60% των χειρουργικών επεμβάσεων, γίνεται σε εξωτερικούς ασθενείς σε οργανωμένες μονάδες μιας ημέρας νοσηλείας στα νοσοκομεία. Η μονοήμερη νοσηλεία απαιτεί πλήρεις εγκαταστάσεις Μονάδας Μετανασθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ) και παρακολούθησης καθώς και ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υψηλής εκπαίδευσης. Η μονοήμερη νοσηλεία σε εξωτερικούς ασθενείς με οδοντιατρικά προβλήματα είναι ευρέως αποδεκτή από πολλά χρόνια. Ειδικότερα στα παιδιά, η απουσία νοσημάτων φθοράς, η ανάγκη προστασίας του ψυχισμού τους και η ανάγκη προφύλαξης από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, σε συνδυασμό με το μικρό οικονομικό κόστος και την εξοικονόμηση νοσοκομειακών κλινών, αποτελούν ισχυρά κίνητρα ανάπτυξης μονάδων μιας ημέρας νοσηλείας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ασθενών για νοσηλεία μιας ημέρας είναι:

1. Η γενική κατάσταση της υγείας τους (να είναι ASA I, ή ASA II).
2. Η βαρύτητα της επέμβασης.
3. Η μετεγχειρητική πορεία.
4. Ο βαθμός συνεργασίας του περιβάλλοντος του ασθενούς για την κατ' οίκον νοσηλεία.
5. Η απόσταση της κατοικίας του ασθενούς από το νο-

σοκομείο και η ύπαρξη τηλεφωνικής επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό.

Λέξεις ευρετηρίου: Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας, παιδική ηλικία, γενική κατάσταση υγείας, οικογενειακό περιβάλλον.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο θεσμός της επέμβασης με γενική αναισθησία σε εξωτερικούς ασθενείς είναι πολύ παλιός περίπου όσο και η χορήγηση γενικής αναισθησίας. Μετά την ανακάλυψη του αιθέρα και του πρωτοξειδίου του αζώτου το 1848, άρχισαν και οι επεμβάσεις σε παιδιά, σαν εξωτερικοί ασθενείς και αφορούσαν κυρίως οδοντιατρικές πράξεις.

Ο πρώτος θάνατος σε παιδί, που χειρουργήθηκε για είσφρωση όνυχος, ανέκοψε την ευρεία εφαρμογή του θεσμού της χειρουργικής επέμβασης σε εξωτερικούς ασθενείς.¹

Αργότερα, την δεκαετία του 1899-1908, ο J.H.Nicoll, κατέγραψε μεγάλο αριθμό επεμβάσεων σε εξωτερικούς ασθενείς, κυρίως παιδιά, αναφέροντας την αναγκαιότητα και τα οφέλη από την εφαρμογή του θεσμού²

Έκτοτε η εφαρμογή του θεσμού γενικεύεται και το 1967 στο νοσοκομείο Hammersmith, δημιουργείται η πρώτη ανεξάρτητη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.), ενώ σταδιακά αρχίζουν να λειτουργούν και σε άλλα νοσοκομεία³

Στις Η.Π.Α. το 1985, το 35% των αρρώστων ήταν εξωτερικοί ασθενείς, το 1993 ήταν το 60%, ενώ σήμερα υπολογίζεται ότι ήδη έχει φθάσει στο 65%. Στην Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται ότι το 50% των επεμβάσεων, κυρίως σε παιδιά, μπορούν να γίνουν σαν χειρουργείο μιας ημέρας.^{4,5}

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται μεγάλη αύξηση των περιστατικών που χειρουργούνται και ιδίως των παιδιατρικών, σαν εξωτερικοί ασθενείς.

Το παιδί, συγκριτικά με τον ενήλικα, εμφανίζει πολλά πλεονεκτήματα ως χειρουργικός εξωτερικός ασθενής. Εκτός από το μικρό οικονομικό κόστος και την αποφυγή ενδονοσοκομειακής λοίμωξης λόγω της σύντομης παραμονής στο χώρο του νοσοκομείου, ο αποχωρισμός απ' τους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον, που αποτελεί τραυματική εμπειρία στον ψυχικό κόσμο του παιδιού ελαχιστοποιείται ή ακόμη και εξαλείφεται.⁶

Για να χειρουργηθεί ένα παιδί ή ένας ενήλικας ή ένα άτομο με ειδικές ανάγκες (ΑμΕΑ) σαν εξωτερικός άρρωστος και να επωφεληθεί από όλα τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η αντιμετώπιση αυτή, χρειάζονται ορισμένες προϋποθέσεις. Από την πλευρά του νοσοκομείου, να υπάρχει ανεξάρτητη μονάδα ημερησίας νοσηλείας με κατάλληλους χώρους, εξειδικευμένο έμπειρο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και από την πλευρά των γονέων, να έχουν το ανάλογο μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο για να μπορούν να φροντίσουν το παιδί ή τον ενήλικα ή το ΑμΕΑ, μετεγχειρητικά στο σπίτι.^{7,8}

- Οργάνωση της Μονάδας Ημερησίας Νοσηλείας (ΜΗΝ):

Η νοσηλεία του χειρουργικού εξωτερικού ασθενούς, παιδικής ηλικίας, σε κοινό χώρο με ενήλικες ή με άλλα παιδιά, μπορεί να ελαττώσει το οικονομικό κόστος, όμως δεν προστατεύει ειδικά το παιδί από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, αλλά ούτε και ψυχολογικά.

Η σωστή οργάνωση της Μ.Η.Ν. απαιτεί να είναι στον ευρύτερο χώρο του νοσοκομείου, μακριά από τις κλινικές και τους θαλάμους όπου νοσηλεύονται οι εσωτερικοί άρρωστοι. Οι χώροι των μονάδων αυτών πρέπει να είναι ευχάριστοι και να δίνουν την δυνατότητα στους γονείς και συνοδούς να είναι συνέχεια μαζί με τους ασθενείς, ιδίως όταν πρόκειται για παιδιά ή ΑμΕΑ, εκτός της ώρας του χειρουργείου και της ανάνηψης. Θα πρέπει όμως να υπάρχει και πρόσβαση στο νοσοκομείο για την περίπτωση που παραστεί ανάγκη εισαγωγής λόγω μετεγχειρητικής επιπλοκής-μετατροπή του εξωτερικού αρρώστου σε εσωτερικό.⁹

Η αίθουσα του χειρουργείου πρέπει να είναι πλήρως εξοπλισμένη (αναισθησιολογικό υλικό, καπνογράφος, οξύμετρο κ.α.) όπως οποιαδήποτε χειρουργική αίθουσα του κυρίως χειρουργείου. Η ανάνηψη να διαθέτει παροχή οξυγόνου και τα απαραίτητα όργανα για την ασφαλή παρακολούθηση των ασθενών στην πρώτη μετεγχειρητική φάση.

Το προσωπικό των Μ.Η.Ν. (ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό) πρέπει να είναι μόνιμο και ειδικά εκπαιδευμένο.⁸

Στην χώρα μας η πρώτη Μ.Η.Ν. με ανεξάρτητη λειτουργία σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και τις διεθνείς προδιαγραφές δημιουργήθηκε το 1995 στο Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία".⁹

Τα τελευταία χρόνια, σ' όλα τα νοσοκομεία που χειρουργούνται παιδιά και ενήλικες, ένα ποσοστό των επεμβάσεων γίνονται με νοσηλεία μιας ημέρας. Στην πλειονότητα όμως των περιπτώσεων, οι ασθενείς νοσηλεύονται στους ίδιους χώρους με τους εσωτερικούς αρρώστους - παιδιά ή ενήλικες. Μέχρι τον Ιούνιο του 2003, στην ειδική οδοντιατρική μονάδα για ΑμΕΑ-ενήλικες του Γ.Ν. Ασκληπείου Βούλας, το 10,8% των χειρουργημένων ΑμΕΑ ήταν εξωτερικοί ασθενείς, ενώ στην ειδική οδοντιατρική μονάδα για ΑμΕΑ-παιδιά και εφήβους του Γ.Ν. Παιδών Πεντέλης, το 30% των χειρουργημένων ΑμΕΑ ήταν εξωτερικοί ασθενείς.

Σαν σημαντικοί περιοριστικοί παράγοντες, πρέπει να αναφερθούν το μεγάλο ποσοστό ασθενών που είναι οικονομικοί μετανάστες και το χαμηλό επίπεδο αγωγής οδοντιατρικής φροντίδας των γονέων, που μας αναγκάζουν να είμαστε φειδωλοί στην μονοήμερη νοσηλεία.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η επιλογή των ασθενών που θα χειρουργηθούν στην Μ.Η.Ν. γίνεται βάσει κριτηρίων που αφορούν:

- 1) Τον ασθενή
- 2) Το είδος της επέμβασης
- 3) Το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς και βεβαίως το πλησίον της κατοικίας προς το Νοσοκομείο 6,9

1. Ο ασθενής

Οι ασθενείς που επιλέγονται για χειρουργείο σε Μ.Η.Ν. είναι συνήθως ASA I και ASA II. Ασθενείς που χαρακτηρίζονται ASA III λόγω χρόνιας πάθησης μπορούν να χειρουργηθούν, αρκεί η συστηματική τους πάθηση να είναι ελεγχόμενη και να υπάρχει η δυνατότητα να μετατραπεί η νοσηλεία τους σε εσωτερική 6,9

Χρόνιες παθολογικές καταστάσεις

Ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη ή κάποιο άλλο μεταβολικό νόσημα δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στους ασθενείς της Μ.Η.Ν. για τον κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικών διαταραχών κατά την μετεγχειρητική περίοδο (π.χ. υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία).⁷

Ασθενείς που πάσχουν από κάποια αιμοσφαιρινοπάθεια, αιμορροφιλία, ή άλλη σοβαρή αιμορραγική διάθεση,

αποκλείονται επίσης από την Μ.Η.Ν. για τον κίνδυνο εμφάνισης διεγχειρητικών επιπλοκών (ακατάσχετη αιμορραγία).^{7,9}

Παιδιά με συγγενή καρδιοπάθεια που δεν έχουν χειρουργηθεί ή ασθενείς με καρδιακό φύσημα που δεν έχουν ελεγχθεί από τον καρδιολόγο αποκλείονται από την Μ.Η.Ν. Ασθενείς με χειρουργημένες συγγενείς καρδιοπάθειες ή με μικρής έκτασης ασυμπτωματικές καρδιοπάθειες μπορούν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα της Μ.Η.Ν. αφού όμως προηγουμένως έχει χορηγηθεί χημειοπροφύλαξη για να αποφευχθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας. Ασθενείς με λειτουργικό φύσημα δεν χρειάζονται χημειοπροφύλαξη και μπορούν να χειρουργηθούν σαν εξωτερικοί άρρωστοι.⁹

Ασθενείς με ιστορικό σπασμών χειρουργούνται εφ' όσον ελέγχονται οι σπασμοί με φαρμακευτική αγωγή και δεν αναφέρεται πρόσφατο επεισόδιο. Είναι σημαντικό να χορηγηθεί η πρωινή δόση των φαρμάκων την ημέρα του χειρουργείου όπως επίσης και μετά την επέμβαση, το συντομότερο δυνατό.⁹

Η ασθματική βρογχίτιδα δεν αποτελεί αντένδειξη εφόσον δεν υπάρχει βρογχόσπασμος και έχουν περάσει τουλάχιστον τέσσερις -4- εβδομάδες από την τελευταία κρίση. Αν ο ασθενής είναι σε χρόνια αγωγή, αυτή πρέπει να συνεχισθεί και κατά την περιεγχειρητική περίοδο.⁹

Γενικά σε έκδηλη λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος η προγραμματισμένη επέμβαση αναβάλλεται. Αν πρόκειται για το ανώτερο αναπνευστικό ή αναβολή είναι για δύο -2- τουλάχιστον εβδομάδες, αν πρόκειται για το κατώτερο αναπνευστικό για τέσσερις -4- τουλάχιστον εβδομάδες.⁹

Ηλικία

Η ιδιαιτερότητα σχετικά με την ηλικία, αφορά τα νεογνά. Ο καθορισμός της ηλικίας ενός νεογνού που μπορεί να χειρουργηθεί στην Μ.Η.Ν. με γενική αναισθησία εξαρτάται:

1. Από την ηλικία του σε εβδομάδες συμπεριλαμβανομένων και των εβδομάδων κύησης.
2. Από την εμπειρία του παιδοαναισθησιολόγου.
3. Από τον βαθμό οργάνωσης της Μ.Η.Ν. για την παρακολούθηση του νεογνού τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες (10-12 ώρες).
4. Την δυνατότητα εισαγωγής του νεογνού στο νοσοκομείο.

Θεωρητικά όλα τα τελειόμηνα νεογνά, μπορούν να χειρουργηθούν σαν εξωτερικοί ασθενείς για μικρές επεμβά-

σεις σε Μ.Η.Ν. όπου υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις εφ' όσον δεν υπάρχει ιστορικό απνοιών, βραδυκαρδίας, αναιμίας ή βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας. Τα πρόωρα δεν πρέπει να περιλαμβάνονται στον κατάλογο λόγω των σοβαρών επιπλοκών που μπορεί να παρουσιάσουν μετεγχειρητικά όπως άπνοια, υποθερμία, βραδυκαρδία και περιοδική αναπνοή.^{9,10}

Ανατομικές ιδιαιτερότητες

Παιδιά που είναι πιθανόν να έχουν δύσκολη διασωλήνωση λόγω ανατομικής κατασκευής όπως περιπτώσεις με κρανιο-προσωπικές-δυσπλασίες π.χ. διάφορα σύνδρομα (σύνδρομο Pierre-Robin, Treacher-Collins ή Goldenhar's), θα πρέπει να αποκλείονται από την Μ.Η.Ν., γιατί η εργώδης διασωλήνωση θα δημιουργήσει μεταναισθητικές επιπλοκές.^{9,11}

2. Το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων

Βασικοί κανόνες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, είναι:

- 1) Η όλη επέμβαση να μην ξεπερνά χρονικά την 1 ώρα (νάρκωση και επέμβαση).
- 2) Να μην γίνονται ενδοθωρακικές, ενδοκρανιακές και μεγάλης εκτάσεως ενδοκοιλιακές επεμβάσεις.
- 3) Το είδος της επέμβασης να μην έχει τον κίνδυνο εμφάνισης περιεγχειρητικής αιμορραγίας.
- 4) Ο μετεγχειρητικός πόνος να μπορεί να αντιμετωπισθεί στο σπίτι με αναλγητικά.⁹

• Ειδικότερα, για τις οδοντιατρικές πράξεις που μπορούν να γίνουν στη Μ.Η.Ν.:

Θεωρητικά στη Μ.Η.Ν. μπορεί να γίνουν όλες οι οδοντιατρικές πράξεις, εφ' όσον όμως η διάρκεια όλης της επέμβασης δεν υπερβαίνει χρονικά την μία (1) ώρα, όπως:

Εμφράξεις δοντιών
Εξαγωγές δοντιών και ριζών
Περιοδοντικές επεμβάσεις
Εκτομές μαλακών μορίων
Προληπτικές επεμβάσεις

3. Το οικογενειακό περιβάλλον

Ο αναισθησιολόγος και ο χειρουργός πρέπει να εκτιμήσει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Οι γονείς ή οι συνοδοί πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν τις οδηγίες που θα τους δοθούν για τη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς τους.⁹

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές που παρατηρούνται στην Μ.Η.Ν. είναι:

1. Η μετατραυματική λαρυγγίτιδα

Συνήθως παρατηρείται σε πολύ μικρό ποσοστό (0,1%) σε παιδιά ηλικίας 1-4 ετών.¹²

2. Η μετεγχειρητική ναυτία και ο έμετος (Μ.Ν.Ε.)

Είναι μία από τις συχνότερες και σημαντικότερες επιπλοκές για τα παιδιά που χειρουργούνται στην Μ.Η.Ν. και μια από τις συχνότερες αιτίες επανεισαγωγής στο νοσοκομείο.¹³

3. Ο πόνος

Αντιμετωπίζεται με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (συνήθως παρακεταμόλη). Ο έντονος πόνος που δεν μπορεί να ελεγχθεί είναι μια από τις κύριες αιτίες εισαγωγής του παιδιού στο νοσοκομείο.

4. Η αιμορραγία

Η αντιμετώπισή της είναι χειρουργική μετά από εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΩΤΟΥ 24ΩΡΟΥ

Η μεταναισθητική περίοδος μετά το χειρουργείο μιας ημέρας περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- στην ανάνηψη
- στον θάλαμο με τους γονείς-συνοδούς και
- στο σπίτι.

Αμέσως μετά το χειρουργείο ο άρρωστος μεταφέρεται στη Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ). Εδώ απαιτείται στενή παρακολούθηση του ασθενή. Ο άρρωστος παραμένει στην ΜΜΑΦ μέχρι να ανακτήσει πλήρως τη συνείδησή του, να έχει την ικανότητα να διατηρεί ανοικτούς τους αεραγωγούς, ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης (Hb) σε οξυγόνο (O₂) να είναι φυσιολογικός στον ατμοσφαιρικό αέρα και τα ζωτικά του σημεία να παραμένουν σταθερά.

Ακολουθεί η δεύτερη φάση, που γίνεται στον θάλαμο παρουσία των γονέων και υπό άμεση επιτήρηση έμπειρης αδελφής. Η παραμονή του ασθενή εδώ είναι από 2 ως 4 ώρες ή και περισσότερο μέχρι να ικανοποιεί τα κριτήρια για την αναχώρησή του για το σπίτι.

Τα κριτήρια αυτά είναι:

- Ζωτικά σημεία σταθερά και φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης.
- Πλήρης κινητοποίηση.

- Να μην έχει αιμορραγία.
- Να μην έχει ναυτία ή έμετο.
- Να έχει αντιμετωπισθεί ο πόνος ή αν υπάρχει να είναι μέτριος.
- Να μην έχει δυσκολία στην αναπνοή.
- Διεγχειρητικά να μην έχουν υπάρξει αναισθησιολογικές επιπλοκές.

Η λήψη υγρών από το στόμα δεν αποτελεί πλέον κριτήριο για την αναχώρησή.⁹

Όταν όλα τα παραπάνω κριτήρια έχουν εκπληρωθεί δίδονται στους γονείς προφορικές και γραπτές οδηγίες για το σπίτι. Η δυνατότητα τηλεφωνικής επαφής με την Μ.Η.Ν. δίνει και ψυχολογικό στήριγμα στους ανήσυχους γονείς και συνοδούς που μπορούν να επικοινωνήσουν με τους γιατρούς για τυχόν απορίες που έχουν. Αν ο ασθενής δεν συμπληρώνει τα κριτήρια για την αναχώρησή του μετά από ορισμένες ώρες αναμονής αποφασίζεται η εισαγωγή του στο νοσοκομείο αφού επανεκτιμηθεί η κατάστασή του από τον υπεύθυνο χειρουργό και αναισθησιολόγο. Το ποσοστό των αρρώστων που εισάγονται στο νοσοκομείο λόγω μη αναμενόμενων επιπλοκών ανέρχεται σε 0,3-2%.⁷

Γενικά οι επιπλοκές μετά από χειρουργείο ημέρας είναι λίγες και όχι σοβαρές. Σε τούτο συμβάλλουν οι νέες χειρουργικές και αναισθησιολογικές τεχνικές, τα νεότερα φάρμακα, καθώς και η εμπειρία των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που συνεχώς βελτιώνεται στο είδος αυτής της ιατρικής παροχής.⁹

ABSTRACT**One- day care unit.**

**M. Messini¹, K. Kumparu¹, A. Dimitriou¹, S. Kostaki²
M. Georgiadis³, S. Livanios.³**

¹Dental Department-Dental Unit for Adults with Special Needs of G. Hospital, «Asklepeion Voula».

²Anaesthesiological Department of G. Hospital, «Asklepeion Voula».

³Dental Department-Dental Unit for children and adolescents with Special Needs treated under general anaesthesia, of Hospital «Pedon Pentelis».

In the present project the advantages of the out-patient department care in the post operative evolution are mentioned.

The multilevel favorable effect of the patients' transition, after the operation and recovery at home was underlined

very early, from the beginning of the past century (Holt R.D.) but this technique carried greater recognition towards the close of the 60' and it has been estimated that up to 2000 a 40-60 per cent of the surgical operations is done to out-patients in organized one-day care units in hospitals. These units require full Post Anesthetic Care Unit (PACU) facilities as well as highly educated medical and nursing staff.

One-day treatment of out-patients having dental problems is widely accepted since many years. Especially in children the lack of serious diseases in childhood, the need to protect their psychism and the protection from within hospital infections combined with low cost of medical expenses and save on hospital beds, consist strong motives for the development of one day care units.

The requirements for the choice of patients for one day treatment are:

1. Patients with health condition ASA I and ASA II.
2. Not very long surgical operations.
3. Fine post-anesthetic evolution.
4. Cooperation with the patient's attendants for the recovery at home.
5. Short distance between hospital and patients house and telephone communication with the attendant doctor.

Key words: One-day care unit, childhood, healthiness, family environment.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Arthur D.S., Morton N.S., Fyfe A.H.: A historical perspective. In: Morton N.S.- Raine P.A. ed. Pediatric Day Case Surgery, Oxford University Press, 1994:1-6.
- 2) Nicoll J.H: The surgery of the infancy. B. Med J.,1909;11:753-6.
- 3) Calman J., Martin P.: Development and Practice of an autonomous minor Surgery unit in a general Hospital. B. Med. J., 1971;IV:92-96.
- 4) Hannalah R.S., Epstein B.S.: The Pediatric patient., in: Wetcher W. ed. Anesthesia for ambulatory Surgery, Lippincot press, 2nd ed. Philadelphia 1997:131-195.
- 5) Guidelines for Day Surgery. London, Royal College of Surgeons, England, 1992.
- 6) Σαρηκώστα – Τσαμπαράκη Ελένη : Παιδιατρική αναισθησία στην Μονάδα Μίας Ημέρας Νοσηλείας (Μο.Μ.Η.Ν.), Ελληνική Αναesthesιολογία, Ειδικό τεύχος: Παιδοαναιesthesιολογία, τ.25, τεύχος 4, 1991:476-481.
- 7) Brennan L.J.: Day-stay surgery., E.Summer, D. Hatch, eds.Pediatric anesthesia, 2nd ed Arnold press, Gr. Britain, 2000:509-533.
- 8) Morton N.S.: Recovery from Amesthesia., Postoperative management. In: Morton N.S.- Raine P.A. ed. Pediatric Day Case Surgery, Oxford University Press, 1994: 109-114.
- 9) Τσακίρη Ηώ, Μπράβου Άικ.: Χειρουργική μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Παιδιατρική αναισθησία, Μονογραφίες, τ.2, Εκδόσεις Ελληνικής Αναesthesιολογικής Εταιρίας, 2001:195-208.
- 10) O'hara I., Kuth D.C.: Postoperative Apnea in the Infant. In: Atlee J. ed. Compications in Anesthesia, W.B. Saunders Co., 1999:619-622.
- 11) Frederic A. Berry and Terrance A. Yemen: Pediatric Airway in Health and Disease. In: The Pediatric clinics of N. America, Pediatric Anesthesia, V.41, N°1, February 1994:153-190.
- 12) Rossberg M.I.: Post intubation Group. In: Atlee J. ed. Compications in Anesthesia, W.B. Saunders Co., 1999:661-663.
- 13) Stoelring R.K.: Pharmacology and Physiology in Anesthesia Practice., 3rd ed. Lippincot Rapen Philadelphia, 1999: 406-407.