



March/mars 2018

Volume 36, Issue/numéro 1

ORNAC | REVUE DE JOURNAL | L'AIISOC



EXIT Procedure • La technique EXIT
Bariatric Bypass Costs • Les coûts de la chirurgie bariatrique
ORNAC Call for Abstracts • Appel de résumés de l'AIISOC

www.ORNAC.ca

PM43490512



PRESENTS



DRY ERASE
HOSPITAL
COMMUNICATION
BOARDS
Safety is NO Accident

A Great Visual Tool For Promoting Patient Safety & Safety Protocols. Surgical Site Fire Risk Assessment, INTRA-Operative Counts, Time Out, & Many Other Safety Checklist Protocols!



BASIC
VINYL GRAPHIC
WITH DRY ERASE COATING

SURGICAL SITE FIRE RISK ASSESSMENT

Alcohol-based prep solution has had a sufficient drying time (minimum 3 minutes)

Yes No N/A

ASSESS THE RISK

(Check appropriate option) YES NO

*Surgical site or incision is above the Xiphoid 1 0

*Open Oxygen Source (patient receiving supplemental oxygen via any variety of face mask or nasal cannula) 1 U

*Available Ignition source (i.e., electrosurgery unit, laser, defibrillator, burn, fiber-optic source etc.) 1 0

TOTAL SCORE

SCORING

3 High Risk
2 Low Risk with potential to convert to High Risk
1 Low Risk

FIRE RISK PROTOCOLS

SCORE 3 HIGH RISK
The Circulating Nurse and Anesthesia Provider take these precautions.

Circulating Nurse

- Verifies fire triangle, including verbal confirmation of the oxygen percentage.
- Ensures appropriate draping techniques to minimize oxygen accumulation, under the drape.
- Minimizes ESU setting.
- Assesses that enough time has been allowed for fumes of alcohol based prep solutions to dissipate (minimum of 2 minutes).
- Encourage use of wet sponges.
- Ensures a basin of sterile saline and bub syringe are available for the suppression.

Anesthesia Provider

- Ensures that a syringe full of saline is in reach for procedures conducted within the oral cavity.
- Documents oxygen concentration and flow.
- Uses the MACO circuit for oxygen administration ideally at FIO2 of 0.3 using fresh gas flow of at least 12L/min.

Standard Precautions are to:

- Observe alcohol-based prep drying times (minimum of 3 minutes).
- Protect heat sources (e.g. using the ESU pencil holder).
- Use standard draping procedure.

SCORE 2 LOW RISK WITH POTENTIAL TO CONVERT TO HIGH RISK
Standard fire safety precautions are followed with the potential to convert to high-risk precautions if necessary.

Standard Precautions are to:

- Observe alcohol-based prep drying times (minimum of 3 minutes).
- Protect heat sources (e.g. using the ESU pencil holder).
- Use standard draping procedure.

SCORE 1 LOW RISK
Standard fire safety precautions are followed.



STANDARD
FLIP FRAMES

COUNTS

DATE: _____ PATIENT: _____

PRE 1 2 Final

LAPS

5	10	15	20	25	30
35	40	45	50	55	60
65	70	75	80	85	90

NAVTECS

10	20	30	40	50
60	70	80	90	100

COTTONQDIDS

10	20	30	40	50
60	70	80	90	100

PEANUTS

5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

NEEDLES

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

INJECTION SPINAL NEEDLES (HYDRO)

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

BLADES

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

MOVIE TIPS

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

DOVE SCRATCH PAPER

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SUTURE BOOTS

10	20	30	40
----	----	----	----

VESSEL LOOPS

2	4	6	8	10
---	---	---	---	----

UMBILICAL TAPES

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

BULLDOGS

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

REMOBILIZATION AGENTS

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OTHER:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OTHER:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OTHER:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



DELUX
1/4" ACRYLIC WITH
OR WITHOUT SWITCHES

O.R. Safety Check Board

All items must be confirmed by 2 team members.

Patient's Name: _____

DOB: _____ Procedure: _____

Family Update:

- Patient Identified Using Two Identifiers
- Procedure Confirmed
- Site Marked
- Completed Consent Signed

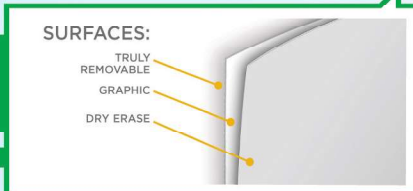
ATB Redosing

- H&P Updated
- Patient Positioned
- Diagnosics/Images Reviewed

Equipment QC Completed & Documented:

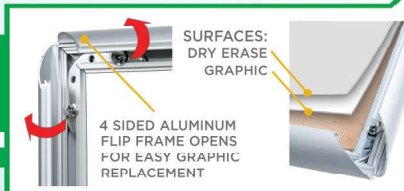
- Allergies Noted
- Antibiotics Given*
- Medication/Irrigation Available
- Implants/Equipment Available
- Safety Precautions In Place

*If Applicable



FEATURES:

- TRULY Removable™ wall graphic
- Hard coated with *GHOST GUARD™* dry erase surface
- Disinfectant safe
- Fully customizable
- Variable size boards



FEATURES:

- 4 Sided FLIP Frame
- Hard coated with *GHOST GUARD™* dry erase surface
- Disinfectant safe
- Replaceable graphic
- Fully customizable
- Variable size boards



FEATURES:

- FLIP Switches (Optional)
- 1/4" Clear acrylic
- Hard dry erase surface
- Disinfectant safe
- Fully customizable
- Variable size boards

5 Year Guarantee On *GHOST GUARD™* Dry Erase Surface.
Single one off prints are accepted. Discounts at 10, 50 & 100++

Since 1996, RMAC Surgical Inc. has been dedicated to manufacturing and distributing patient safety products, such as PharmaTags Sterile Medication Labels & Surgical Skin Markers to operating rooms, cardiac cath labs, interventional radiology suites, and A.S.C.s throughout the United States, Canada & NOW Globally.

RMAC Surgical Toll Free: **1.888.299.2661** www.pharmatags.com
Sponsor of the ORNAC / RMAC Surgical Patient Safety Award!

ORNAC JOURNAL

A peer-reviewed Journal published by Clockwork Communications Inc.
for the Operating Room Nurses Association of Canada

Published Quarterly 🍁 Volume 36, Issue 1, March 2018

TABLE OF CONTENTS

© istock 1905HKN



12 A Brief EXIT Before a Grand Entrance

BY: KATHY MACDONALD RN, BScN, CPN(C), MARINA FRASER RN, BScN, CPN(C), YVONNE MADORE RN, CPN(C).

35 Bypassing Bariatric Costs and Cutting Rates of Surgical Site Infection

BY: CELINA BAKER, RN, BScN, CPN(C).

ORNAC NETWORK

21 ORNAC National Conference: Call for Abstracts

21 Upcoming Events

34 2018 Annual General Meeting (AGM) & Education Day

53 Spotlight on ORNAC Members: An Interview with Leonor De Biasio



SUBSCRIPTIONS:

Canada - \$52 plus GST/HST
Outside Canada - \$80
Single Copies - \$20 + tax in Canada
\$25 outside Canada
subscriptions@clockworkcanada.com

GST/HST# 84200 7148
ISSN 1927-6141 (Print)
ISSN 2561-4657 (Online)

Indexed in CINAHL, Ebsco Publishing,
and part of the EBSCOHOST suite
of CINAHL programs.

Publications Mail
Agreement No. 43490512
Return Undeliverable Canadian
Addresses to
PO Box 33145 Halifax NS B3L 4T6

ORNAC Journal

c/o Clockwork Communications Inc.
PO Box 33145, Halifax, NS, B3L 4T6
Tel: 902.442.3882 Fax: 888.330.2116
E-Mail: Info@ClockworkCanada.com
www.ClockworkCanada.com

EDITOR:

Deborah McNamara

ART DIRECTOR:

Sherri Keenan

TRANSLATION:

Jocelyne Demers-Owoka

EDITORIAL CO-CHAIRS:

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

ADDRESS CHANGES:

ORNAC members:
www.ORNAC.ca for address changes.

Non-member Subscribers:
send address changes to
subscriptions@ClockworkCanada.com
or fax to 1.888.330.2116. Please provide
your old and new address as well as an
e-mail or telephone contact.

ORNAC Executive

PRESIDENT - Barbara Mushayandebvu RN, CPN(C) - Calgary, AB - president@ornac.ca

PRESIDENT ELECT - Linda Whyte RN, CPN(C) - Toronto, ON - presidentelect@ornac.ca

TREASURER - Elizabeth Beck RN, CPN(C) - New Minas, NS - treasurer@ornac.ca

SECRETARY - Lucia Pfeuti RN, BN, CPN(C) - Calgary, AB - secretary@ornac.ca

EXECUTIVE DIRECTOR - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - executivedirector@ornac.ca

ORNAC Board Members

BRITISH COLUMBIA

Donna Gramigna RN, BSN, CPN(C)

ALBERTA

Darlene Rikley RN, CPN(C)

SASKATCHEWAN

Lyanne Faucher-Sinclair
RN, MN, CPN(C)

MANITOBA

Kim Goodman RN, CPN(C)

ONTARIO

Dee Frisina RN, CPN(C)

QUEBEC

Philippe Willame RN, BScN

NEW BRUNSWICK

Chantal Pelletier RN, BN, BSc

NOVA SCOTIA (ACTING)

Cindy Fulmore
RN, BN, CPN(C)

PRINCE EDWARD ISLAND

Aletha MacNevin RN,
BScN, CPN(C)

NEWFOUNDLAND & LABRADOR

Tina Parrill RN, BN, MN, CPN(C)

LEADERSHIP

Laurie Bower RN, BScN,
MEd, CIC, CPN(C)

ADVANCED PRACTICE

Sarah Pelletier RN, BScN,
CPN(C), RNFA, MScN

EDUCATION

Erin Robertson RN, BScN,
MN, CPN(C)

For information about the
Board visit

www.ORNAC.ca

ORNAC MISSION

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) is an organization of Perioperative Registered Nurses and Associates dedicated to the:

- Promotion and advancement of excellence in the provision of safe perioperative care for patients;
- Professional growth, competence and personal enhancement of the ORNAC membership; and
- Progression of perioperative professional practice at a regional, provincial, national & international level.



REVUE DE L'AIISOC

Une revue révisée par des pairs et publiée par Clockwork Communications Inc. pour l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada

Publiée chaque trimestre ✦ Volume 36, numéro 1, mars 2018

TABLE DES MATIÈRES

©istock 1905HKN



22 Utilisation de la technique EXIT avant une entrée triomphale

PAR : KATHY MACDONALD, INF., B.SC.INF., CSP(C), MARINA FRASER, INF., B.SC.INF., CSP(C), YVONNE MADORE, INF., CSP(C).

42 Contourner les coûts de la chirurgie bariatrique et réduire le taux d'infection du site opératoire

PAR : CELINA BAKER, INF., B.SC.INF., CSP(C).

RÉSEAU DE L'AIISOC

21 Prochains événements

31 Appel de Présentations – Conférence nationale de l'AIISOC

34 Assemblée générale annuelle (AGA) 2018 et journée d'éducation

50 Pleins feux sur les membres de l'AIISOC : une entrevue avec Leonor De Biasio



ABONNEMENT :

Canada - 52 \$ + TPS/TVH
À l'extérieur du Canada - 80 \$
Copies individuelles - 20 \$ + taxes au
Canada / 25 \$ à l'extérieur du Canada
abonnements@clockworkcanada.com

TPS/TVH n° 84200 7148
ISSN 1927-6141 (version imprimée)
ISSN 2561-4657 (version en ligne)

Indexée dans CINAHL, Ebsco
Publishing et une partie de la
suite de programmes EBSCOHOST
de CINAHL.

Convention de vente des envois de
publications canadiennes No.
43490512

Retourner toute correspondance
canadienne ne pouvant être livrée au
CP 33145 Halifax N.-É. B3L 4T6

Revue de l'AIISOC
a/s de Clockwork Communications Inc.
CP 33145, Halifax, N.-É., B3L 4T6
N° de tél. : 902.442.3882 Téléc. : 888.330.2116
Info@ClockworkCanada.com
www.ClockworkCanada.com

RÉDACTRICE EN CHEF :

Deborah McNamara

DIRECTRICE ARTISTIQUE :

Sherri Keenan

TRADUCTION :

Jocelyne Demers-Owoka

COPRÉSIDENTES DU COMITÉ DE RÉDACTION :

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

CHANGEMENTS D'ADRESSE :

Membres de l'AIISOC :
www.ORNAC.ca pour effectuer
un changement d'adresse.

Abonnés non membres :
Envoyer les changements d'adresse à
abonnements@clockworkcanada.com
ou par télécopieur à 1.888.330.2116.
Veuillez fournir votre ancienne et votre
nouvelle adresse ainsi qu'un courriel ou
un numéro de téléphone où l'on peut
vous rejoindre.

Comité de direction de l'AISOC

PRÉSIDENTE - Barbara Mushayandebvu, inf., CSP(C) - Calgary AB - president@ornac.ca

PRÉSIDENTE ÉLUE - Linda Whyte, inf., CSP(C) - Toronto, ON - presidentelect@ornac.ca

TRÉSORIÈRE - Elizabeth Beck, inf., CSP(C) - New Minas, N.-É. - treasurer@ornac.ca

SECRÉTAIRE - Lucia Pfeuti, inf., B. S. Inf., CSP(C) - Calgary, AB - secretary@ornac.ca

DIRECTRICE GÉNÉRALE - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - executivedirector@ornac.ca

Conseil d'administration de l'AISOC

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Donna Gramigna, inf.,
B. Sc. Inf., CSP(C)

ALBERTA

Darlene Rikley, inf., CSP(C)

SASKATCHEWAN

Lyanne Faucher-Sinclair, inf.,
M. S. Inf., CSP(C)

MANITOBA

Kim Goodman, inf., CSP(C)

ONTARIO

Dee Frisina, inf., CSP(C)

QUÉBEC

Philippe Willame, inf., B. Sc. Inf.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Chantal Pelletier, inf., B.Sc., B.Inf.

NOUVELLE-ÉCOSSE (PAR INTÉRIM)

Cindy Fulmore, inf., B. Inf., CSP(C)

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Aletha MacNevin, inf.,
B.Sc.inf., CSP(C)

TERRE-NEUVE-ET- LABRADOR

Tina Parrill, inf., B.inf., MN, CSP(C)

LEADERSHIP

Laurie Bower, inf., B.Sc.Inf, MEd, CIC, CSP(C)

PRATIQUE AVANCÉE

Sarah Pelletier, inf., B. Sc. Inf., CSP(C),
IPAC, M. Sc. Inf.

ÉDUCATION

Erin Robertson, inf., B. Sc. Inf., M. S. Inf.,
CSP(C)

Pour plus de renseignements
concernant le Conseil
d'administration, visitez
www.AISOC.ca

MISSION DE L'AISOC

L'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AISOC) est un organisme d'infirmières et d'infirmiers autorisés en soins périopératoires et d'associés se consacrant :

- A la promotion et à l'avancement de l'excellence quant à la distribution de soins périopératoires sécuritaires à nos patients;
- A l'amélioration des compétences tant sur le plan professionnel que personnel; et
- A la progression de la pratique professionnelle des soins périopératoires à l'échelle provinciale, nationale et internationale.



Advertiser Directory / Annuaire des annonceurs

Product Advertisers / Annonceurs de produits

Cardinal Health Canada	9	Medline Canada	56
Ecolab	15	RMAC Surgical	2
Meditek	55		

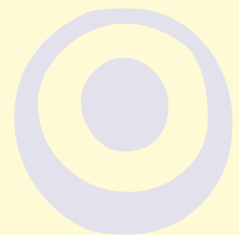
Career Opportunities / Possibilités de carrière

HealthMatch BC	33	Southlake Regional Health Centre	32
Interior Health	32		



Looking For Information About
Advertising In This Journal?

Vous cherchez
l'Information pour mettre une
annonce dans cette revue ?



advertising@ClockworkCanada.com

or / ou

902.442.3882

PRESIDENT'S MESSAGE

Barbara Mushayandebu RN, CPN(C), is a staff nurse at the Peter Lougheed Centre in Calgary. She has experience in all surgical specialties and has been a Clinical Leader and Clinical Nurse Educator. Her past volunteer roles include ORNAA President, ORNAC Journal Editorial Chair, and Co-Chair of the 2015 ORNAC National Conference. president@ornac.ca



Powerful and thought-provoking words Barack Obama said. It seems it is always easier to wait for someone or something to effect the change we want to see.

Reflecting on the year that was 2017 there have been a few changes within ORNAC. Our National Conference in Niagara Falls, ON, was the first of our conferences planned with the help of an event management company. Another change was the use of social media to support the conference through the ORNAC mobile app. That was such a wonderful and exciting change even though it involved a steep learning curve for some of us “seasoned” OR nurses not used to this technology!! In 2016 ORNAC held its first “on the road” Annual General Meeting (AGM) and Education Day in Charlottetown, PE. Taking the AGM on the road offers our members the chance to attend an AGM and informative educational sessions in their own province. British Columbia will be the next province to host an on the road AGM and Education Day in Richmond, BC, May 9th to 13th, 2018. Looking forward to seeing many of you for a day of filled with great educational sessions and of course the chance to participate in the ORNAC AGM. Save the date!

On the topic of change, how can we be the change we seek? To effect change one has to be involved. No matter what

“Change will not come if we wait for some other person or some other time. We are the ones we've been waiting for. We are the change that we seek.”

– Barack Obama

you want to see ORNAC being, doing, or becoming you need to be a member to take part and to be a change agent. ORNAC is an organisation of members, for members, by members. We need each other so that our voices are magnified as we advocate for our patients and ourselves. Our collective voices will resonate far and wide. Let's make ORNAC stronger, together!

So, talk to your co-workers, friends, and colleagues. Encourage them to join ORNAC and be part of the change and add to our voice. Show pride in belonging to your professional association. Let your patients know you belong to the association that creates and updates the standards that keep them safe during their perioperative journey.

Spring is a time for great change and growth. It can inspire us to new things as we come out of our winter cocoon, open those windows, and watch everything begin to grow again. Now is

a great time to look forward to our own personal and professional growth. And to consider how ORNAC should grow.

What changes do you want to see within ORNAC? What ideas do you have to create future growth and further strengthen ORNAC? Email me at the address at the top of this page and share your thoughts and ideas on how we can, together, make ORNAC an even stronger force to be reckoned with. Let's share our vision of what a new and improved ORNAC will look like.

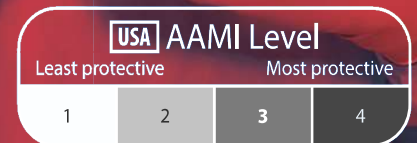
Wishing you all a beautiful spring and I look forward to hearing from you on how we can work together to be the change that we seek. 🍁

Barbara Mushayandebu RN CPN(C)



Not all surgical gowns are the same.

Know the rating. **Check the tag** 



All surgical gown manufacturers must meet a set of detailed standards set up by the Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI), considered the standard in surgical gown manufacturing. Based on objective tests, the standards measure barrier effectiveness against penetration from blood, bodily fluids and other potentially infectious materials.

Simply put, when tested, **AAMI level 3 surgical gowns** demonstrate the ability to resist moderate fluid exposure, while **AAMI level 4 surgical gowns** demonstrate the ability to resist high fluid exposure and blood borne pathogens.

How do you choose your surgical gown?
To learn more about AAMI levels, visit cardinalhealth.com/AAMIeducation



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Barbara Mushayandebu, inf., CSP(C), est infirmière de soins généraux au Centre Peter Lougheed, à Calgary. Elle possède de l'expérience dans toutes les spécialités chirurgicales et elle a été une infirmière clinicienne leader et une infirmière clinicienne enseignante. Parmi les rôles de bénévolat qu'elle a occupés, notons qu'elle a été présidente de l'ORNAA, présidente du comité de rédaction de la Revue de l'AIISOC et coprésidente pour la planification de la conférence nationale 2015 de l'AIISOC.
president@ornac.ca



Des mots puissants et inspirants venant de Barack Obama. Il semble qu'il soit toujours plus facile d'attendre quelqu'un ou quelque chose pour provoquer les changements que nous souhaitons voir.

En passant en revue l'année 2017, nous constatons que l'AIISOC a aussi connu quelques changements. Notre Conférence nationale à Niagara Falls, ON, a été la première conférence à être organisée à l'aide d'une entreprise de gestion d'événements. De plus, l'utilisation des médias sociaux, par le biais de l'appli mobile de l'AIISOC, afin d'appuyer la conférence constituait aussi une nouveauté. Même s'il impliquait tout un apprentissage pour certaines infirmières en SOP « expérimentées » qui ne sont pas habituées à cette technologie, ce changement a vraiment été extraordinaire et emballant!! En 2016, l'AIISOC a tenu sa première Assemblée générale annuelle (AGA) et une journée de formation « sur la route » à Charlottetown, Î.-P.-É. Grâce à cette AGA sur la route, nos membres ont la chance de participer à une AGA et à des séances éducatives et informatives dans leur propre province. La Colombie-

Britannique sera la prochaine province à accueillir une AGA et une journée de formation sur la route à Richmond, C.-B., du 9 au 13 mai 2018. Nous sommes impatientes de rencontrer autant de personnes que possible pour une journée enrichissante comportant des séances éducatives et, bien sûr, la chance de participer à l'AGA de l'AIISOC. Réservez ces dates!

Sur le sujet du changement, comment pouvons-nous être le changement que nous recherchons? Pour provoquer le changement, on doit s'impliquer. Peu importe ce que vous souhaitez que l'AIISOC soit, fasse ou devienne, vous devez en être membre pour participer et être un agent de changement. L'AIISOC est un organisme de membres, pour les membres et géré par ces derniers. Nous avons besoin les uns des autres pour que nos voix soient amplifiées lorsque nous défendons nos droits et ceux de nos patients. Toutes nos voix mises ensemble résonneront avec force. Ensemble, renforçons l'AIISOC!

Alors, parlez à vos collègues et amis et encouragez-les à adhérer à l'AIISOC pour

faire partie du changement et se joindre à vos voix. Soyez fières d'appartenir à votre association professionnelle. Informez vos patients que vous appartenez à une association qui développe et met à jour les normes qui veillent à leur sécurité pendant leur séjour en soins périopératoires.

Le printemps est synonyme de changements et de développement. Il peut nous inspirer à réaliser de nouvelles choses alors que nous émergeons de notre cocon hivernal, ouvrons ces fenêtres et regardons la nature commencer à nouveau à vivre. C'est le moment idéal pour envisager notre croissance personnelle et professionnelle et pour réfléchir aux façons qui pourraient enrichir l'AIISOC.

Quels changements voulez-vous voir au sein de l'AIISOC? Quelles sont vos idées pour permettre à l'AIISOC de se développer et de se renforcer encore davantage? Envoyez-moi un courriel à l'adresse ci-haut et partagez vos idées sur la façon dont nous pouvons ensemble faire en sorte que l'AIISOC devienne encore plus forte et une association à ne pas négliger. Partageons notre vision d'une AIISOC nouvelle et améliorée.

Je vous souhaite un très beau printemps et je suis impatiente d'avoir de vos nouvelles quant à la façon dont nous pouvons collaborer pour devenir le changement que nous recherchons. 🌸

« Aucun changement ne se produira si nous attendons quelqu'un ou le moment opportun. Nous sommes les personnes que nous attendions. Nous sommes le changement que nous recherchons. »

– Barack Obama

Barbara Mushayandebu inf., CSP(C)

Editorial Review Panel

If you're interested in joining the ORNAC Editorial Review Panel review panel e-mail journal@ornac.ca for more information.

Deana Bueley, RN, BScN, CPN(C), Clinical Nurse Educator/Assistant Head Nurse, Fort Saskatchewan Community Hospital, Fort Saskatchewan, AB.

Audrey Cook, RN, CPN(C), BN, B.Sc., BA, Staff Nurse, South Shore Regional Hospital, Bridgewater, NS.

Chris Downey RN, BScN, CPN(C), MSc, RNFA, Registered Nurse First Assistant (PT), Hotel Dieu Hospital, Kingston, ON

Margaret Farley, RN, CPN(C), Part-time Faculty Member with Saskatchewan Polytechnic Perioperative Nursing Program, Regina, SK.

Kimberly Ferguson, RN, BSN, CNOR, Surgical Services Program Manager, BC Children's Hospital, Vancouver, BC.

Donna Gramigna, RN, BSN, CPN(C), VIHA Regional Clinical Nurse Educator, Royal Jubilee & Victoria General Hospitals, Victoria, BC.

Trudy Hebb, RN, BScN, MHI, CPN(C), Perioperative Nursing Program Instructor, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, NS.

Antoniette Labricciosa, RN, BScN, MEd, CPN(C), Staff Nurse, Mount Sinai Hospital and Trillium Health Centre, and Faculty, at Centennial College, Toronto, ON.

Alicia Oucharek, RN, BScN, MN, CPN(C), Staff Nurse - OR, St. Paul's Hospital, Saskatoon, SK.

Karin Page-Cutrara, RN, PhD, CCNE, Faculty, School of Nursing, York University, Toronto, ON.

Sarah Pelletier, RN, BScN, CPN(C), RNFA, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

Sue Styles, RN, MSN, CPN(C), Perioperative Nursing Instructor, Grande Prairie Regional College, Grande Prairie, AB.

Lesia Yasinski, RN, BN, MSA, Manager of Nursing Initiatives, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.



Comité de révisions

Si vous souhaitez vous joindre au comité de révisions de l'AIISOC, veuillez faire parvenir un courriel à journal@ornac.ca pour obtenir plus d'information.

Deana Bueley, inf., B. Sc. Inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante/ infirmière chef adjointe, Hôpital communautaire Fort Saskatchewan, Fort Saskatchewan, AB.

Audrey Cook, inf., CSP(C), B.S.Inf., B.Sc., B.A., infirmière en service général, Hôpital régional South Shore, Bridgewater, N.-É.

Chris Downey inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, infirmière première assistante (TP), Hôpital Hotel Dieu, Kingston, ON

Margaret Farley, inf., CSP(C), membre du corps enseignant à temps partiel pour le programme de soins périopératoires de l'école polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

Kimberly Ferguson, inf., B.Sc.inf., IASO, gestionnaire du programme de services chirurgicaux, BC Children's Hospital, Vancouver, C.-B.

Donna Gramigna, inf., B.Sc.inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante au VIHA Regional, Hôpitaux Royal Jubilee et Victoria General, Victoria, C.-B.

Trudy Hebb, inf., B.Sc.inf., ICM, CSP(C), chargée de cours pour le programme de soins périopératoires, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, N.-É.

Antoniette Labricciosa, inf., B.Sc.Inf., M.Ed., CSP(C), infirmière en service général, Mount Sinai Hospital et Trillium Health Centre, membre du corps enseignant au Collège Centennial, Toronto, ON.

Alicia Oucharek, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C), infirmière en service général – salle d'opération, Hôpital St. Paul, Saskatoon, SK.

Karin Page-Cutrara, inf., Ph. D., CCNE, membre du corps enseignant, École des sciences infirmières, Université York, Toronto, ON.

Sarah Pelletier, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), IPAC, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

Sue Styles, inf., M.S.Inf., CSP(C), chargée de cours en soins périopératoires, Collège régional Grande Prairie, Grande Prairie, AB.

Lesia Yasinski, inf., B.S.Inf., M.Sc.A., gestionnaire des initiatives en soins infirmiers, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.



KEYWORDS: EX-UTERO INTRAPARTUM TREATMENT/THERAPY (EXIT), AIRWAY OBSTRUCTION, FETAL SURGERY, INTRAPARTUM, MULTIDISCIPLINARY CARE TEAM, DEBRIEFING.

A BRIEF EXIT BEFORE A GRAND ENTRANCE

Authors:

Kathy MacDonald RN, BScN, CPN(C) is the Clinical Educator, Children's Perioperative Care Team at the IWK Health Centre, Halifax, NS. She is a graduate of the Victoria General School of Nursing as well as Saint Francis Xavier University. Her 30 plus year nursing career has included staff nurse on a surgical floor, staff nurse in the Operating Room, and then educator in the Operating Room.

Marina Fraser RN, BScN, CPN(C) is a perioperative nurse in the Paediatric Operating Room at the IWK Health Centre, Halifax, NS. She graduated with a Bachelor of Science in Nutrition from Acadia University and a Bachelor of Science in Nursing from Dalhousie University. The majority of her nursing career has been in the operating room. She was a past service charge nurse for the Ear Nose Throat (ENT) service but enjoys working in all services.

Yvonne Madore RN, CPN(C) is a perioperative nurse in the Paediatric Operating Room at the IWK Health Centre, Halifax, NS. She graduated from St. Rita Hospital School of Nursing Diploma program in Sydney, NS. She studied at Dalhousie University completing the Perinatal Partnership Project, as well as courses in Community Health Nursing, Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) and Perioperative Nursing. Her 35 plus years in nursing took her across Canada and into the U.S. working in maternity, paediatric, and surgical settings as well as working as an instructor at the Nova Scotia Community College (NSCC) and a Clinic Nurse for Correctional Services Canada.

ABSTRACT:

Well-known historian Winston Churchill has been quoted as stating "He who fails to plan, plans to fail." Significant planning and collaboration were necessary to prepare for the first Ex-utero Intrapartum Treatment (EXIT) procedure in the IWK Health Centre in Halifax, NS. EXIT is a life-saving technique used to secure a fetal airway when there is some type of airway compression involved. The procedure is done while oxygenation and perfusion are maintained through utero-placental circulation.¹ The IWK's obstetrical team followed a mother whose fetus was diagnosed in utero with a high airway anomaly/obstruction.

The EXIT procedure involved inter-professional collaboration with the following teams: pre-natal care; obstetrics; paediatric and adult anaesthesia; otolaryngology; neonatology; respiratory therapy; and the paediatric Operating Room (OR).

This article will review the steps taken to prepare for this elective procedure and the measures undertaken in preparation for the possibility of emergency surgery due to early labour. It will also describe the intraoperative experience and the post-operative debriefing session.

INTRODUCTION

Four surgical/neonatal services and four paediatric perioperative nurses at the IWK had the opportunity to be involved in a procedure that was being performed for the first time at this health centre. It was an exciting opportunity to learn this approach. The case required a great deal of planning to ensure it was executed properly and with the best possible patient outcomes. This article will review the steps involved in preparing for this surgical procedure as well as the specific case history. The team conferences and simulation done in

To better understand the goals and maternal risks of the EXIT procedure it can be compared to a caesarean section.

preparation for this case will also be discussed. And the authors will review the intraoperative experience as well as the post-operative debriefing process.

Definition and Indications for EXIT procedure

Stefini, S., et al (2012) offered the following definition: “Ex-utero intrapartum treatment (EXIT) is a technique used to secure the fetal airway while oxygenation is maintained through utero-placental circulation.”¹ This is accomplished by partially delivering the baby through a traditional caesarean section type incision. Only the head, upper part of the torso, and one arm are initially delivered so as leave the lower part of the body in the uterus.² Procedures essential for the survival of the fetus are then performed. These procedures may consist of direct laryngoscopy, rigid or flexible bronchoscopy, tumour decompression and resection, intubation, tracheostomy, and initiation of extracorporeal membranous oxygenation (ECMO).³

These procedures can be life-saving for a baby with an unsecure airway. After an adequate airway is secured, the fetus is then completely delivered and the umbilical cord is clamped.³ The benefit of the EXIT procedure for the baby has to, however, be balanced with the risk to the mother. Marwan, A. & Crombleholme, T. (2006) noted “The physiology of pregnancy itself contributes to a number of maternal and fetal anaesthetic risks.”⁴

To better understand the goals and maternal risks of the EXIT procedure it can be compared to a caesarean section.

The goal of a caesarean section is for rapid delivery of the fetus, with minimal relaxation of the uterus, and then quick return of uterine tone after the delivery to prevent hemorrhage. A regional anaesthetic is preferred with a minimal anesthetic plane in order to avoid neonatal depression upon delivery.^{4,5} The goal of the EXIT procedure is, on the other hand, uterine relaxation. This allows for partial delivery of the fetus

and gives the otolaryngologist prolonged intra-uterine access for the surgical intervention. A high concentration of anaesthetic gas allows uterine relaxation which decreases uterine vascular tone and, therefore, puts the mother at an increased risk of bleeding. Maternal safety is of major importance so if there is a chance the procedure will negatively affect maternal safety the EXIT procedure is stopped and the delivery is completed. Close monitoring of the mother takes place throughout the entire procedure.⁵

It is also worth noting that the EXIT procedure involves anaesthesia of two patients: both the mother and the fetus. The anaesthetic goal for the mother is to achieve a deep plane of general anaesthesia while maintaining a normal blood pressure and uterine volume. Normal blood pressure helps with fetal oxygenation during the EXIT procedure. Adequate uterine volume is also required to prevent placental abruption. The anaesthetic goal for the fetus is to achieve a surgical anaesthesia level without causing cardiac depression. The fetal anaesthesia is mainly provided through the trans-placental passage of inhalational agents. Additional intramuscular medications may, however, be given to the fetus to enhance anaesthesia. A pulse oximeter is placed on the fetal hand to monitor fetal oxygenation throughout the procedure.^{4,5}

Current indications for the EXIT procedure include in-utero diagnoses of large fetal neck masses (which distort the airway anatomy and result in difficult laryngoscopy), large lung and mediastinal masses (which can result in cardiac compression leading to cardiac arrest), severe congenital diaphragmatic hernia (which requires initiation of ECMO), congenital high-airway obstruction syndrome (CHAOS) (such as laryngeal atresia, tracheal atresia, laryngeal web, and a laryngeal cyst).^{3,4} Specifically, the IWK Health Centre followed a mother whose baby was diagnosed in utero with a congenital high airway anomaly or obstruction (CHAOS).

It would involve
synchronized
multi-discipline team
work.

Case History

The mother was a young woman in her mid-twenties. It was her 5th pregnancy and she'd had one live birth. Due to her prenatal history she had multiple ultrasounds and MRIs done, during this pregnancy, with findings of fetal Congenital High Airway Obstruction and Intrauterine Growth Restriction (estimated wt. 2500 gms). The Otolaryngology surgeon consulted in the case reported the possibility of a normal trachea but the need to anticipate a high risk of respiratory distress at birth with possible death from asphyxia.

The family did not reside locally. The plan, therefore, was to admit the mother to the prenatal unit at 36½ weeks gestation (9 days prior to the planned EXIT procedure). An ultrasound was done, on admission, to further estimate the fetus' weight and airway status. Prior to this the involved staff received informative emails regarding this case that included information about those involved, plans for delivery, and the schedule of team conferences. They also contained information about the EXIT procedure itself including what it is, its' principles, and why its necessary to preserve uteroplacental gas exchange. Those involved were encouraged to educate themselves with a provided list of further references.

Team conferences, that included all medical staff, began several days prior to the mother's planned admission. Contingency plans were made, at that time, should an emergency delivery occur sooner than the planned procedure. There were staff on call leading up to the scheduled delivery date, and plans & equipment were arranged so that a speedy transfer of essential items could be made should the mother go in to labour before the procedure. All staff were informed of the whereabouts of these items.

To ensure maternal and fetal stability and safety, to minimize delay in care during and immediately following the EXIT procedure, and to maximize contingency preparedness, it was decided that the

procedure would take place in the Paediatric OR rather than the Birth Unit or the Women's OR. Contingency items for the procedure would be close at hand and advanced neonatal acute care supplies and surroundings would be nearby. It would involve synchronized multi-discipline team work.

Teams Involved

Two anaesthesia teams were involved – one for mother and one for the fetus. The anaesthesia team for the mother included an Anaesthetist and an Anaesthesia Assistant. It would be necessary for them to start an intravenous and arterial line, administer regional anaesthesia, and finally administer a general anaesthesia to mother only after any pre-scrub positioning and preparations were complete. The anaesthesia team for the fetus included a separate Anaesthetist and Anaesthesia Assistant.

There were two surgical teams as well – an Obstetrical team and a Paediatric Otolaryngology team. The Obstetrical team comprised a surgeon, a resident, fellow, one scrub nurse, and two circulating nurses. They would prepare a sterile set-up for the delivery and for any potential related problems. A perinatal Clinical Nurse Specialist was present with the father in the OR during induction and stayed with him in a private waiting room during the procedure. An Ultrasound Sonographer was also present pre-op to assess fetal heart rate and placental placement.

The paediatric team comprised two Otolaryngology surgeons, two scrub nurses, two circulating nurses, and a surgical liaison nurse. They prepared two sterile set-ups for the fetus (one for the initial completion of a Laryngoscopy and/or Bronchoscopy and one for the potential Tracheostomy).

Immediately following the delivery of all or part of the baby the coordination between anaesthesia and surgical teams would be crucial to preventing uterine atony and excessive maternal bleeding.⁴ The uterus must be relaxed enough to

allow removal of all or part of the fetus and to prevent expulsion of the placenta but not relaxed enough to encourage uterine hemorrhage.⁴

A neonatal team was present to attend to the baby once fully delivered. It comprised a Neonatologist, Neonatal Nurse Practitioner, Neonatal Fellow, Respiratory Therapist and three Neonatal Intensive Care Nurses. Once a patent airway was established the baby would be handed over to this team. A cozy cot would be in the OR for baby care and to possibly be used as a work surface while establishing the baby's airway if it could not be established in the designated area of the sterile field. Following establishment of a patent airway the neonatal team would assess the baby and treat her accordingly.

Special Preparation

A simulation/walk took place on the day prior to the planned EXIT procedure. It

was held in the OR in which the EXIT procedure would be performed. It included all team members noted above. At this time the delivery plan was discussed and practiced. It began with an outline of the time and route of maternal delivery to the OR. The plan was for the patient to be brought to the OR at approximately 0700 for a scheduled 0800 start time.

Due to the large volume of necessary staff, expected to be present in the OR for the procedure, the placement of people and equipment were vital. Discussions and a simulation took place focusing on optimal positioning of the OR bed and the patient's placement on it, the various staff teams to be in the OR and at the OR bed at different stages of the surgical procedure, the sterile case tables for both teams, the equipment boom containing most of the electronic equipment, suction, etc., and the cozy cot for baby and its proximity to the OR bed. Each team was aware of which

Helping You Reduce the Risk of HAIs and Improve Operational Efficiency



Ecolab products can help you:

- ▲ Reduce HAIs with a more proactive approach
- ▲ Maximize staff productivity to focus on your top priorities
- ▲ Improve operating efficiencies through ease of use

For more information about Ecolab Products, go to www.ecolab.com/healthcare or call 1 800 268 0465.

The EXIT procedure would be performed on the OR table in the area of the maternal incision.

essential items to bring to the OR the next day.

Some special concerns arose from this meeting. One was the need for a solid surface on which to operate on the fetus. This would need to be strong, flat, immobile, and soft, proximal to mother's perineum/incision, and would need to allow enough space to allow the surgeons to function and maneuver around it. This resulted in the decision to use a sterile covered mayo tray with the grounding pad on top of it, sitting atop the mother's upper thighs. Padding with green towels, between the mayo tray and the grounding pad, would provide a firmer surface and protect the mother. The tray would be taped securely to the mother and to the bed. The company representative for the grounding pad was contacted to ensure the pad would remain effective when used under a wet fetus.

Another concern was the need for smaller equipment given the expected size of the baby and the diminished room available in the patient's airway, based on the expected size. Options were

discussed regarding the use of urology scopes as well as otolaryngology's flexible and rigid bronchoscopes. There were deliberations as to whether the light cords for the scopes and head lamps were long enough to reach the surgical site given that they had to be plugged into the equipment boxes on the boom and the surgical site was further away than in our usual practice. There were also discussions regarding the placement of the viewing screens. The plan for audiovisual recording of the scopes and the overall procedure was discussed.

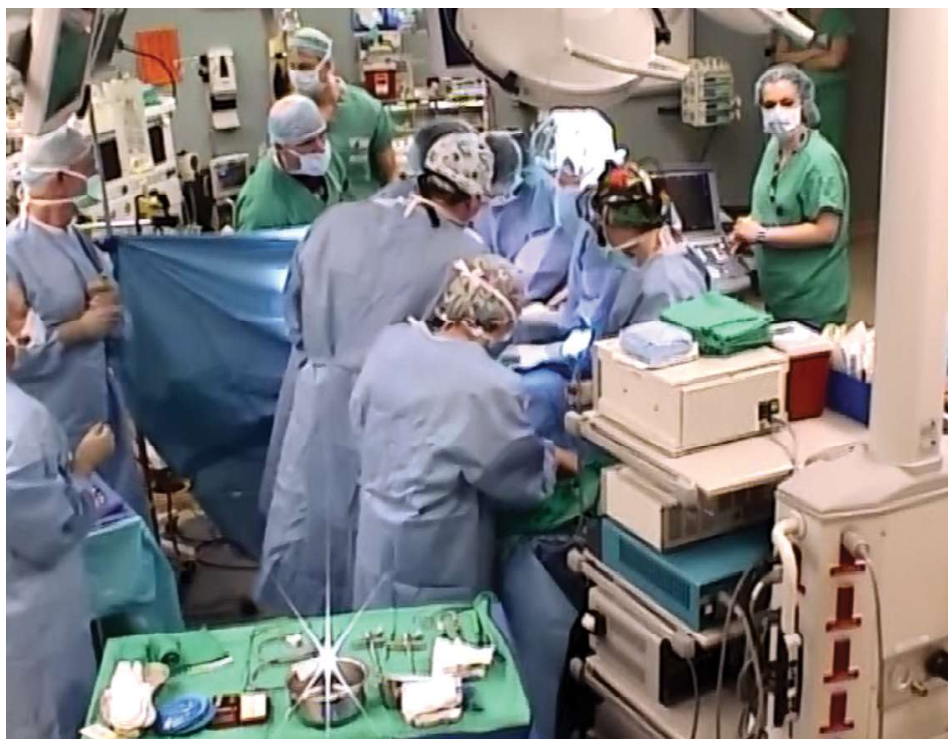
The EXIT procedure would be performed on the OR table in the area of the maternal incision. Consequently, a number of unsterile, but necessary, upper airway items, such as the oxygen saturation probe, ambu bag, inhalation circuit, light cords, telescope, prism, laryngoscope handle & blade, and other bronchoscopy equipment for ventilation/oxygenation of the fetus would need to be sterilized prior to the planned surgery. In the OR the bronchoscopy equipment is cleaned and sterilized after use but not wrapped in sterile packaging. It is, instead, stored in the emergency airway cart. There is the potential for this equipment to be needed on other cases and therefore this equipment could not be sterilized until immediately prior to the planned event. This was done on the day of surgery to ensure that all items were sterile and available for surgery.

During the simulation a list was generated of all the specific individuals who would be present at the case the following day. It was decided that if any extra staff/learners arrived they would be directed to the OR conference room where a video feed of the case was being directed.

By the end of the walk through many issues had been resolved. All staff agreed it was an important and informative session.

Intraoperative Experience

The perioperative nurses were nervous and excited the night before and the



Courtesy K. MacDonald

Obstetrical, otolaryngology and anaesthesia perioperative teams working on EXIT procedure.



Tracheostomy being completed during EXIT procedure.

morning of the procedure. They were early to work and worked out their roles for the day. They checked to make sure all equipment was sterile or being sterilized and put the equipment in the correct location for surgery.

At 0700 the room was buzzing. Birth unit nurses, neonatal intensive care unit (NICU), and anaesthesiology were all setting up. The otolaryngology surgeons were present and rechecking all equipment. The surgical liaison nurse (SLN) was present and in contact with the parents.

The room was ready at 0720. The OR conference room was set up for observers via the audio-visual integration system. Even though the IWK is a teaching hospital no one was to enter the room unless they were on the official day of surgery list. No otolaryngology residents, med students etc. were present for surgery but were encouraged to observe in the conference room. Other nurses, the nurse manager, and other surgeons were also present in the conference room to observe.

At 0735 the mother and father entered the OR theatre. The mother was smiling and both parents waved to the nurses and made jokes. The sterile members of the team were scrubbed and in the correct locations ready to proceed. The anaesthesia team had asked for minimal talking once the mother and father entered the OR. The OR conference room was full of staff and learners who would watch the procedure.

The anaesthesiologist was ready to begin at 0740. The mother was awake for her regional anaesthetic, intravenous, arterial catheter placement and positioning for her procedure. She was awake for the positioning and securing of the mayo stand on her legs. The father stood in a far corner of the room and took pictures of all teams in their positions to document the journey. The time out portion of the surgical safety checklist was initiated by the obstetrical team. Every person said their name and their team while the parents acknowledged team members while they spoke. The father was escorted out of the theatre before induction.

Maternal induction took place at 0832. The mother's position was re-checked and surgery was ready to begin. The obstetrical team immediately prepped and draped. The otolaryngology team was positioned in close for the bronchoscopy. The neonatal team was in position away from the sterile field. The anaesthesia staff responsible for the mother were monitoring her closely. The anaesthesiologist for the baby was ready with the obstetrical nurses having meds drawn up for intramuscular injection for the fetus if necessary.

0845 was surgery start time. Before the incision the entire team was aware there would be quiet in the theatre for each team to concentrate. The otolaryngology team watched the procedure and awaited their part to begin. While rechecking the equipment they realized that some of the non-radiopaque equipment must be counted due to the



Participants involved in debriefing event.

proximity of the sterile field to the mother's uterus.

At 0856 the baby's head and left arm were delivered while the right arm remained tucked inside the uterus. The obstetrical nurses pulled back to allow the otolaryngology surgeon to the bedside and the circulating nurse room to assist. This team immediately began with the bronchoscopy procedure. Other team members simultaneously hooked up a sterile saturation probe on the baby's left hand for the readings to be monitored. One obstetric surgeon called out perfusion from the cord to reassure the team. There were two quick looks with the bronchoscope to see if there was a small airway opening. There was none just tissue covering the airway.

The otolaryngology team proceeded to the tracheostomy procedure and worked quickly. The tracheostomy tube was placed and secured. Ventilations were performed for the baby with a sterile ambu bag as the trach was secured. The Obstetric team finished delivery of the baby at 0904 and baby was handed over to the neonatologist and the NICU team.

From 0905 newborn assessment and care took place on an over bed warmer. The baby was stabilized and otolaryngology continued their assessment with a flexible bronchoscope to visualize more of the

airway defect. The tracheostomy table remained sterile in case any other intervention was required. The baby was transported to the NICU at 0930.

The obstetric team finished the required post-delivery procedure with the mother. Due to the inclusion of multidisciplinary surgical teams, and the EXIT procedure occurring in close proximity to the mother's incision, an x-ray was performed before transferring the mother to the stretcher. The mother emerged from anaesthesia and was extubated in the OR. She was speaking as she was transported to the Birth Unit for recovery. Everyone left the room, let out a huge sigh, and was so happy and excited to have performed a successful procedure.

Post Procedure Debrief

Debriefing offers an avenue for reflection, recognizing gaps in care, and giving clear feedback to the team.⁶ Approximately one week following the procedure the entire team met in the OR conference room to debrief this case. Following team introductions, the following videos from the OR camera were shown to the group:

1. Obstetrical team: Surgery up until the baby's upper body delivery;
2. Otolaryngology team: the bronchoscopy and the tracheostomy; and
3. Neonatal team: neonatal assessment.

Discussions at the debriefing session centered on these questions: How did the case go, how successful was the team, and were the directions clear?

The general consensus was that the case went well. Only two physicians had been involved with cases similar to this in other teaching centers. Both individuals stated it was when they were residents – one in otolaryngology and the other in anaesthesiology. Both individuals expressed that they felt the procedure at the IWK ran smoother and with a better outcome for the patient than the previous case on which they had worked. The team discussed that they believed the success of the

procedure was directly related to the preparations that had been made. Specifically, they felt the simulation, which took place the day before and involved all teams, was very beneficial in allowing the teams to work through many issues in advance.

The otolaryngology team was very happy reviewing the timing of the videos. It had taken less than 2 minutes to perform the bronchoscopy and less than 6 minutes to perform the tracheostomy. It was, needless to say, important to complete the procedures in a timely manner. The obstetrical team was pleased that they were able to control the bleeding from the uterus. The neonatal team was pleased that the baby stayed well perfused while the procedures were being performed. There were several teams involved and as each had their turn they had clearly been in charge and others gave them space and quiet.

Further discussion questions at the debriefing session included:

1. What were some of the challenges;
2. How could the team have been more effective; and
3. What were the favourite/least favourite aspects

Challenges discussed included the short light cord for the bronchoscopy. It was disappointing that the telescopic view from the

bronchoscopy had not been recorded. This view had been broadcast to the conference room but was not recorded at that time. The biomedical team had been consulted during the simulation but were not asked to record the bronchoscopy intraoperatively. The team also felt there were too many people present on the neonatal team. Even though there were many people in the room there were many more staff/learners in the conference room so having someone designated to direct traffic in the OR had been a good plan.

Discussions on team function was positive as well. The team felt roles were very clear, each individual team worked well when it was their turn, and other teams respected the expertise of others, and everyone acted very professionally. There were leaders for each team and information was clearly stated and shared with all teams.

Feedback on favourite aspects from the otolaryngology team included the speed with which they were able to get the airway established. This team was, however, very disappointed not to have recorded video of the initial bronchoscopy. The anaesthesia and obstetrical teams cited their favourite aspect as how well the mother responded to required medication and how quickly she stabilized. The neonatal team was pleased with the baby's perfusion and glad that they were able to do their assessment so quickly. The neonatal team felt they had too many people on their team and would change that for future procedures.

CONCLUSION

This case provided an exceptional learning experience for four surgical teams that included more than 20 health care professionals at the IWK Health Centre. It was a unique learning opportunity as this was the first time the procedure had been performed at this centre. The team members' learning began when the proposed procedure was presented to the group



Courtesy K. MacDonald

Additional participants involved in debriefing event.

The steps involved to prepare for this case were extensive and included the sharing of literature with all involved.

and continued throughout the simulation, the procedure, and in to the debrief.

Marwan, A. & Crombleholme, T. (2006) noted “The EXIT procedure provides the surgeon with the luxury of transforming a potentially fatal neonatal emergency to a controlled clinical environment that is more likely to result in a better outcome”⁴

Former British Prime Minister and historian Sir Winston Churchill has been quoted as saying: “He who fails to plan, plans to fail”. The planning required for this case was extraordinary and time consuming. It included multiple multidisciplinary team conferences and a simulation of the planned procedure.

The steps involved to prepare for this case were extensive and included the sharing of literature with all involved. The intraoperative experience, through the eyes of perioperative nurses at the IWK, was examined. The multidisciplinary debriefing session, which occurred days after the procedure, brought forward some very valuable information from and for all team members. Lessons learned from this debrief were also explored. If a case similar to this one comes up, in the future, the team felt it was extremely important to have pre-planning sessions including a simulation. Next steps discussed for other cases also included the importance of recording the bronchoscopy procedure.

Everyone involved was pleased to have been part of this team. Team members expressed that it was the planning and the inter-professional collaboration that led to the successful outcome for this mother and baby. The success of

the procedure was measured by many factors such as the ability to control the mother’s bleeding intraoperatively; the establishing of the airway in a very timely fashion; the ability of the neonatal team to assess the baby thoroughly and promptly; and the authority each team lead felt when it was their time to be in control in the Operating Room.

REFERENCES

1. Stefani, S., et al (2012). EXIT (Ex-utero Intrapartum Treatment) in lymphatic malformations of the head and neck: Discussion of three cases and proposal of an EXIT-TTP (Team Time Procedure) list, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 76, 20-27.
2. Olutoye, O. & Olutoye, O.A. (2012). EXIT procedure for fetal neck masses, *Wolters Kluwer Health*, 24(00), 1-8.
3. Butler CR, Maughan EF, Pandya P, Hewitt R (2017) Ex-utero intrapartum treatment (EXIT) for upper airway obstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. April 25 (20): 119-126 doi: 10.1097/M000.
4. Marwan, A. & Crombleholme, T. (2006). The EXIT procedure: principles, pitfalls, and progress, *Seminars in Pediatric Surgery*, 15, 107-115.
5. Garcia, P.J. et al (2011). Case Scenario: Anesthesia for Maternal-Fetal Surgery The Ex-Utero Intrapartum Therapy (EXIT) Procedure, *the American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins*, 114(6), 1446-1452.
6. Severson, M.A, et al (2014) Simulation-Based Team Training and debriefing to enhance nursing and physician collaboration. *The journal of Continuing Education in Nursing* 45(7). 🌸

UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

**Perioperative
Nurses Week is
November 5 - 9, 2018.**

**La semaine des
infirmières et des
infirmiers en soins
périopératoires est du
5 au 9 novembre 2018.**

ORNAC & PROVINCIAL COUNCILS L'AIISOC ET LES CONSEILS PROVINCIAUX

26th ORNAC National Conference	Halifax, NS	Apr 26 - 30, 2019
CIISOQ/CORNQ Conference	Laval, QC	Oct 10 - 13, 2018
MORNA Spring Workshop	Winnipeg, MB	Mar 3, 2018
ORNAO 15th Biennial Conference	Ottawa, ON	Sept 27 - 30, 2018

OTHER CONFERENCES • AUTRES CONFÉRENCES

AORN www.aorn.org	New Orleans, LA	Mar 24 - 29, 2018
ACORN www.acorn.org.au	Adelaide, Australia	May 23 - 26, 2018
CNA www.cna-aiic.ca	Ottawa, ON	June 18 - 20, 2018

Additional conferences can be found at www.ornac.ca.
Jetez un coup d'œil aux conférences additionnelles à www.aiisoc.ca.



Share your accomplishments in the field of perioperative clinical practice, education, professional development, research and administration!

The 2019 Conference Program Committee is accepting submissions of abstracts for paper or poster presentation at our 2019 ORNAC National Conference. The theme of the conference is:

“TIDES OF CHANGE, OCEANS OF PERIOPERATIVE EXCELLENCE”

ABSTRACTS WILL BE CONSIDERED FOR PRESENTATION IN ONE OF THE FOLLOWING FORUMS:

Poster: Informative posters to be displayed at the Conference; or

Paper: A 50-minute presentation by the author(s) with ten minutes for questions & answers.

Posters/papers will be selected based on relevance and implications for perioperative nursing and in keeping with the Conference theme. Criteria and submission details are available at www.ORNAC.ca under the National Conference tab.

The deadline for submission is September 15th, 2018.

PERIOPERATIVE NURSES – THE VOICE OF OUR PATIENTS!

www.ORNAC.ca

MOTS-CLÉS : TRAITEMENT INTRAPARTUM EX UTERO (EXIT), OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES, CHIRURGIE FŒTALE, INTRAPARTUM, ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE DE SOINS, COMPTE RENDU.

UTILISATION DE LA TECHNIQUE EXIT AVANT UNE ENTRÉE TRIOMPHALE

Auteurs :

Kathy MacDonald, inf., B.Sc.Inf., CSP(C) est éducatrice clinique de l'équipe de soins périopératoires pour enfants du Centre de santé IWK, à Halifax, N.-É. Elle a obtenu son diplôme de l'École des sciences infirmières du Victoria General Hospital et de l'Université Saint Francis Xavier. Au cours de sa carrière de plus de 30 ans en soins infirmiers, elle a occupé le poste d'infirmière de soins généraux au bloc chirurgical et en salle d'opération et d'éducatrice en salle d'opération.

Marina Fraser, inf., B.Sc.Inf., CSP(C) est une infirmière en soins périopératoires en salle d'opération pédiatrique du Centre de santé IWK, à Halifax, N.-É. Elle détient un baccalauréat en science de la nutrition de l'Université Acadia ainsi qu'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Dalhousie. Elle a passé une grande partie de sa carrière en salle d'opération et elle a déjà été infirmière responsable du service d'oto-rhino-laryngologie (ORL), mais elle aime travailler dans tous les services.

Yvonne Madore, inf., CSP(C) est une infirmière en soins périopératoires en salle d'opération pédiatrique du Centre de santé IWK, à Halifax, N.-É. Elle a obtenu son diplôme du programme de sciences infirmières de l'École des sciences infirmières du St. Rita Hospital, à Sydney, N.-É. Elle a étudié à l'Université Dalhousie pour compléter le Projet de partenariat en soins périnataux ainsi que des cours en soins infirmiers communautaires, la formation satellite pour l'évaluation des nourrissons (Nursing Child Assessment Satellite Training NCAST) et en soins périopératoires. Sa carrière de plus de 35 ans en soins infirmiers l'a amenée à travailler partout au Canada et aux É.-U. au sein des services de maternité, pédiatriques et chirurgicaux ainsi qu'à titre d'instructrice au Nova Scotia Community College (NSCC) et d'infirmière clinique pour le Service correctionnel du Canada.

Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.

RÉSUMÉ

L'historien bien connu Winston Churchill a été cité pour avoir affirmé : « Celui qui oublie de planifier son succès planifie son échec. » Afin de préparer la première intervention utilisant la technique du traitement intrapartum ex utero (EXIT) au Centre de santé IWK, à Halifax, N.-É., beaucoup de planification et de collaboration ont été nécessaires. La technique EXIT est une technique pour sauver des vies, utilisée pour dégager les voies respiratoires d'un fœtus lorsqu'il y a compression des voies respiratoires. L'intervention s'effectue tout en maintenant l'oxygénation et la perfusion par le biais de la circulation utéro-placentaire.¹ L'équipe en

obstétrique du IWK a suivi une mère dont le fœtus avait été diagnostiqué in utero d'une obstruction/anomalie des voies respiratoires supérieures.

L'intervention ayant recours à la technique EXIT a nécessité une collaboration interprofessionnelle avec les équipes suivantes : soins prénatals; services d'obstétrique; anesthésie pédiatrique et adulte; oto-rhino-laryngologie; néonatalogie; inhalothérapie; et salle d'opération (SOP) pédiatrique. Cet article passera en revue les étapes nécessaires à la préparation de cette intervention ajournable et les mesures prises en vue d'une possible chirurgie d'urgence en

Dans le but de mieux comprendre les objectifs et les risques pour la mère associés à la technique EXIT, on peut la comparer à une césarienne.

raison des risques de déclencher trop tôt le travail. Il décrira aussi l'expérience peropératoire et la séance de compte rendu postopératoire.

INTRODUCTION

Quatre services chirurgicaux/néonataux et quatre infirmières spécialisées en soins périopératoires pédiatriques au IWK ont eu la chance de participer à une intervention qui était effectuée pour la première fois au centre de santé. Il s'agissait d'une excellente occasion d'apprendre cette approche. Ce cas a nécessité beaucoup de planification afin de veiller à ce que l'intervention soit effectuée correctement et que les patients retirent les meilleurs résultats possible. Cet article passera en revue les étapes nécessaires à la préparation de cette intervention chirurgicale ainsi que les antécédents spécifiques. Il traitera également des conférences d'équipes et de la simulation qui ont eu lieu en vue de ce cas. Enfin, les auteures examineront l'expérience peropératoire et le processus de compte rendu postopératoire.

Définition et indications pour l'intervention utilisant la technique EXIT

Stefini, S., et coll. (2012) ont offert la définition suivante : « Le traitement intrapartum ex utero (EXIT) est une technique utilisée pour dégager les voies respiratoires d'un fœtus tout en maintenant l'oxygénation par le biais de la circulation utéro-placentaire. »¹ Cette intervention est exécutée en accouchant partiellement le bébé à l'aide d'une incision semblable à celle utilisée pour une césarienne traditionnelle. Seuls la tête, la partie supérieure du torse et un bras sont d'abord sortis tandis que la partie inférieure du corps demeure dans l'utérus.² On effectue ensuite les interventions essentielles à la survie du fœtus, qui peuvent consister en une laryngoscopie directe, une bronchoscopie rigide ou flexible, la décompression et résection de la tumeur, l'intubation, une trachéostomie et l'initiation de l'oxygénation extracorporelle par membrane (technique ECMO).³

Ces interventions peuvent sauver la vie d'un bébé présentant des voies respiratoires non sécuritaires. Après avoir dégagé de manière adéquate les voies respiratoires, le fœtus est ensuite complètement accouché et le cordon ombilical est clampé.³ L'avantage de la technique EXIT pour le bébé doit cependant être comparé au risque pour la mère. Marwan, A. & Crombleholme, T. (2006) ont constaté que « la physiologie de la grossesse en elle-même contribue à un certain nombre de risques maternels et fœtaux du point de vue de l'anesthésie. »⁴

Dans le but de mieux comprendre les objectifs et les risques pour la mère associés à la technique EXIT, on peut la comparer à une césarienne.

L'objectif d'une césarienne est l'accouchement rapide d'un fœtus, la relaxation minimale de l'utérus et le retour rapide du tonus utérin après l'accouchement pour prévenir l'hémorragie. Une anesthésie régionale est préférable avec un plan anesthésique minimal afin d'éviter la dépression néonatale à l'accouchement.^{4,5} D'autre part, la technique EXIT vise à relaxer l'utérus pour permettre un accouchement partiel du fœtus laissant à l'oto-rhino-laryngologiste un accès intra-utérin prolongé pour l'intervention chirurgicale. Une concentration élevée de gaz anesthésique provoque la relaxation de l'utérus réduisant ainsi le tonus vasculaire de l'utérus et, par conséquent, mettant la mère à risque plus élevé de souffrir d'une hémorragie. La sécurité de la mère est d'une importance capitale, donc s'il y a un risque que l'intervention affecte de manière négative la sécurité de la mère, on met fin à l'intervention EXIT et on procède à l'accouchement. La mère est suivie de très près tout au long de l'intervention.⁵

Il convient également de noter qu'une intervention avec la technique EXIT implique l'anesthésie de deux patients, soit la mère et le fœtus. Le but de l'anesthésie pour la mère consiste à atteindre un niveau profond d'anesthésie générale tout en maintenant une pression artérielle et un volume utérin

normaux. La pression artérielle normale facilite l'oxygénation fœtale lors de l'intervention EXIT. Il est également nécessaire que la patiente présente un volume utérin adéquat pour prévenir le décollement placentaire. Le but de l'anesthésie pour le fœtus consiste à atteindre un niveau d'anesthésie chirurgicale sans cause de dépression cardiaque. L'anesthésie fœtale est principalement provoquée par le passage transplacentaire des agents anesthésiques par inhalation. Il se peut toutefois que des médicaments intramusculaires additionnels soient administrés au fœtus pour rehausser l'anesthésie. Un oxymètre de pouls est placé sur la main du fœtus afin de surveiller son oxygénation tout au cours de l'intervention.^{4,5}

Les indications actuelles pour une intervention utilisant la technique EXIT incluent les diagnostics in utéro d'importantes masses dans le cou du fœtus (qui altèrent l'anatomie des voies respiratoires et entraînent une laryngoscopie difficile), d'importantes masses aux poumons et au médiastin (qui peuvent causer une compression cardiaque menant à un arrêt cardiaque), une importante hernie diaphragmatique congénitale (qui nécessite l'initiation de la technique ECMO), un syndrome congénital d'obstruction des voies respiratoires supérieures (comme une atrésie du larynx, de la trachée, une palmure laryngée et un kyste laryngé).^{3,4} Le Centre de santé IWK a plus précisément suivi une mère dont le bébé avait été diagnostiqué in utéro d'une anomalie ou obstruction congénitale des voies respiratoires supérieures.

Histoire clinique

La mère était une jeune femme dans la mi-vingtaine. C'était sa 5e grossesse et elle avait eu une naissance vivante. En raison de ses antécédents prénataux, elle avait subi plusieurs échographies et IRM au cours de cette grossesse qui ont détecté une obstruction congénitale des voies respiratoires supérieures et un retard de croissance intra-utérin du fœtus (poids estimé 2 500 g). Le

chirurgien en oto-rhino-laryngologie consulté pour ce cas a signalé la possibilité d'une trachée normale, mais le besoin de se préparer à un risque élevé de détresse respiratoire à la naissance avec décès possible par asphyxie.

La famille n'habitait pas dans les environs, donc le plan était d'hospitaliser la mère à l'unité prénatale à la 36e semaine et ½ de gestation (9 jours avant l'intervention EXIT planifiée). Au moment de l'hospitalisation, on a effectué une échographie pour déterminer encore davantage le poids du fœtus et le statut de ses voies respiratoires. Avant cela, le personnel impliqué avait reçu des courriels de renseignements concernant ce cas qui incluait de l'information sur les personnes impliquées, les plans pour l'accouchement et l'horaire des conférences des équipes. Ces courriels comportaient également de l'information au sujet de la technique EXIT en elle-même, y compris en quoi elle consiste, ses principes et les raisons pourquoi il est nécessaire de préserver l'échange gazeux utéroplacentaire. On encourageait les personnes impliquées à se renseigner d'elles-mêmes en leur fournissant une liste de références additionnelles.

Les conférences des équipes, qui incluaient tout le personnel médical, ont commencé plusieurs jours avant l'hospitalisation planifiée de la mère. Lors de ces dernières, des plans de contingence ont été élaborés advenant qu'un accouchement d'urgence doive être déclenché avant l'intervention planifiée. Du personnel travaillait sur appel jusqu'à la date d'accouchement prévue et les plans et le matériel avaient été organisés de façon à ce qu'un transfert rapide des articles essentiels puisse se faire si la mère commençait son travail avant l'intervention. Tout le personnel avait été informé de l'endroit où se trouvaient ces articles.

Afin d'assurer la stabilité et la sécurité de la mère et du fœtus, de réduire le délai des soins pendant et tout de suite après l'intervention EXIT et de maximiser l'état de préparation en cas d'urgence, il

L'intervention impliquerait un travail synchronisé des équipes multidisciplinaires.

a été décidé que l'intervention aurait lieu dans la SOP des services pédiatriques plutôt que dans l'unité de maternité ou dans la SOP des femmes. Les articles de contingence pour l'intervention seraient à portée de main et les fournitures ainsi que le service pour offrir des soins actifs avancés néonataux seraient à proximité. L'intervention impliquerait un travail synchronisé des équipes multidisciplinaires.

Équipes impliquées

Deux équipes en anesthésie ont été impliquées — l'une pour la mère et l'autre pour le fœtus. L'équipe en anesthésie pour la mère se composait d'un anesthésiste et d'un aide-anesthésiste. Ces derniers devaient préparer une ligne intraveineuse et un cathéter intra-artériel, administrer une anesthésie régionale et enfin, administrer une anesthésie générale à la mère seulement après que le positionnement prébadigeonnage et les préparatifs soient terminés. L'équipe en anesthésie pour le fœtus incluait un autre anesthésiste et un aide-anesthésiste.

Il y avait également deux équipes chirurgicales, soit une équipe en obstétrique et une équipe d'oto-rhino-laryngologie pédiatrique. L'équipe en obstétrique se composait d'un chirurgien, d'un résident, d'un associé, d'une infirmière en service interne et de deux infirmières en service externe. Ils prépareraient un environnement stérile pour l'accouchement et pour tout autre problème potentiel. Une infirmière clinicienne spécialisée en soins périnataux était présente avec le père dans la SOP lors de l'induction et cette dernière est demeurée avec lui dans une salle d'attente privée durant l'intervention. Un technologue spécialisé en échographie était aussi présent en phase préopératoire afin d'évaluer la fréquence cardiaque du fœtus et le placement du placenta.

L'équipe pédiatrique se composait de deux chirurgiens en oto-rhino-laryngologie, de deux infirmières en service interne, de deux infirmières en service externe et d'une infirmière de

liaison chirurgicale. Ils ont préparé deux installations stériles pour le fœtus (l'une pour la réalisation dans un premier temps d'une laryngoscopie et (ou) d'une bronchoscopie et l'une pour une possible trachéostomie).

Tout de suite après l'accouchement en partie ou complet du bébé, la coordination entre les équipes en anesthésie et chirurgicale s'avérerait cruciale afin de prévenir l'atonie utérine et le saignement excessif de la mère.⁴ L'utérus doit être assez décontracté pour permettre le retrait complet ou en partie du fœtus et pour empêcher l'expulsion du placenta, sans être trop décontracté pour provoquer une hémorragie utérine.⁴

Une équipe en néonatalogie était présente pour s'occuper du bébé après l'accouchement complet. Elle se composait d'une néonatalogiste, d'une infirmière praticienne en néonatalogie, d'un associé en néonatalogie, d'un inhalothérapeute et de trois infirmières en néonatalogie spécialisées en soins intensifs. Une fois que les voies respiratoires auraient été dégagées, le bébé serait remis à cette équipe. Un petit lit confortable avait été installé dans la SOP pour les soins au bébé et pour être possiblement utilisé comme surface de travail pour dégager les voies respiratoires du bébé si elles ne pouvaient pas l'être dans la zone désignée du champ stérile. Après que le dégagement des voies respiratoires du patient, l'équipe en néonatalogie évaluerait le bébé et s'en occuperait en fonction de ses besoins.

Préparation spéciale

Une simulation a eu lieu une journée avant l'intervention EXIT planifiée. Elle s'est tenue dans la SOP dans laquelle l'intervention EXIT devait avoir lieu. Elle incluait tous les membres des équipes susmentionnées. Lors de cette simulation, on a discuté et pratiqué le plan d'accouchement. On a d'abord précisé l'heure et le trajet pour se rendre en SOP. Il était planifié que la patiente soit amenée en SOP à environ 0700 pour un début prévu à 0800.

Il était prévu que l'intervention EXIT soit effectuée sur la table de la SOP dans la zone de l'incision de la mère.

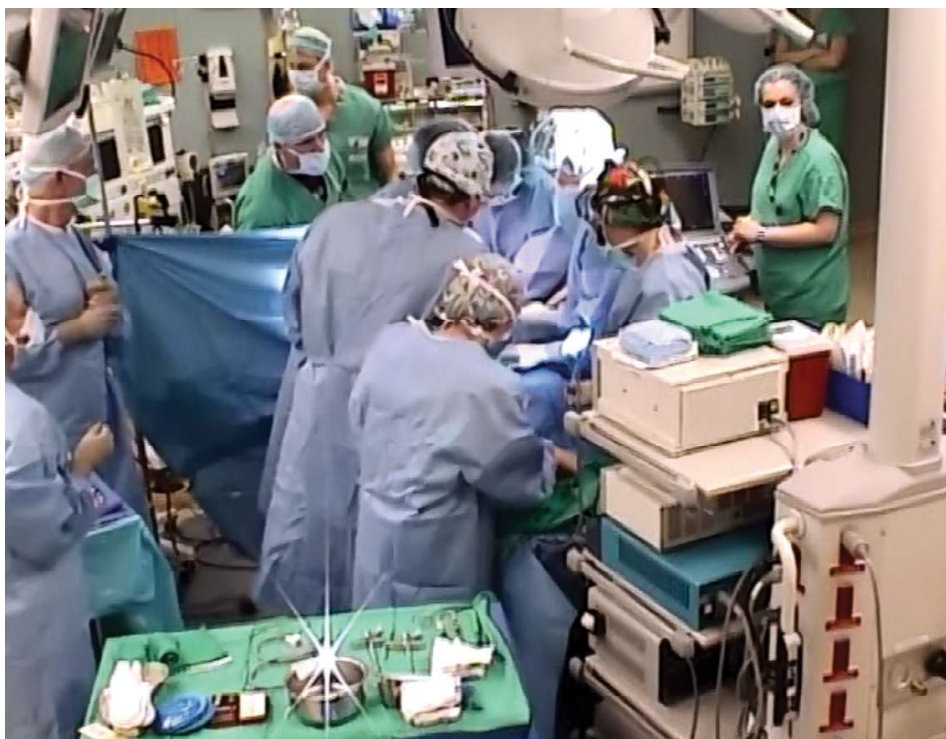
En raison du volume important de membres du personnel nécessaire, censé être présent en SOP pour l'intervention, la disposition des personnes et de l'équipement était très importante. Une simulation a eu lieu pour discuter du positionnement optimal de la table de la SOP et du placement de la patiente sur celle-ci, des différentes équipes de personnel présentes dans la SOP et à la table de la SOP aux différentes étapes de l'intervention chirurgicale, des tables de cas stériles pour les deux équipes, du bras articulé comprenant la plupart de l'équipement électronique, de succion, etc., et du petit lit confortable pour le bébé et de sa proximité à la table de la SOP. Chaque équipe savait quels articles essentiels elle devait apporter en SOP le lendemain.

Certaines préoccupations spéciales sont ressorties de cette réunion. L'une d'elles était le besoin d'avoir une surface solide sur laquelle on pouvait opérer le fœtus. Cette surface devait être solide, plane, immobile et lisse, à proximité du périnée/de l'incision de la mère et elle devait être assez grande pour permettre aux chirurgiens de travailler et de se

déplacer autour. Il a donc été décidé qu'on utiliserait un plateau Mayo recouvert d'un champ stérile avec le coussinet de mise à la terre par-dessus. Ce plateau serait disposé sur le haut des cuisses de la mère. Du rembourrage avec des serviettes vertes entre le plateau Mayo et le coussinet de mise à la terre fournirait une surface plus ferme et protégerait la mère. Le plateau serait fixé de manière sécuritaire à la mère et à la table à l'aide de ruban adhésif. Le représentant de l'entreprise du coussinet de mise à la terre a été contacté afin de s'assurer que le coussinet demeurerait efficace lorsqu'utilisé sous un fœtus mouillé.

Le besoin d'avoir de l'équipement plus petit était une autre préoccupation compte tenu de la taille prévue du bébé et de l'espace réduit disponible dans les voies respiratoires du bébé en fonction de sa taille estimée. Les membres ont discuté des options disponibles relativement à l'utilisation des instruments d'urologie ainsi que des bronchoscopes flexibles et rigides d'oto-rhino-laryngologie. Il y a eu des débats si les câbles pour les instruments de scopie et les lampes frontales étaient assez longs pour atteindre le site chirurgical étant donné qu'ils devaient être branchés aux prises d'équipement sur le bras articulé et que le site chirurgical se situait plus loin que d'habitude. On a également discuté de la disposition des écrans de visionnement. Le plan pour l'enregistrement audiovisuel des instruments de scopie et de l'intervention en général a aussi été discuté.

Il était prévu que l'intervention EXIT soit effectuée sur la table de la SOP dans la zone de l'incision de la mère. Par conséquent, un certain nombre d'articles non stériles, mais nécessaires pour dégager les voies respiratoires supérieures, comme la sonde de saturation en oxygène, le masque Ambu®, le circuit d'inhalation, les câbles électriques, le télescope, le prisme, la poignée et la lame du laryngoscope et d'autres équipements du bronchoscope pour la ventilation/l'oxygénation du fœtus



Les équipes périopératoires en obstétrique, oto-rhino-laryngologie et anesthésie au travail lors de l'intervention EXIT.



La trachéostomie est sur le point d'être complétée lors de l'intervention EXIT.

devraient être stérilisés avant la chirurgie. Dans la SOP, on nettoie et on stérilise l'équipement de bronchoscopie de la SOP après chaque utilisation, mais on ne le recouvre pas d'un emballage stérile. On le range plutôt dans le chariot d'urgence pour dégager les voies respiratoires. Cet équipement pouvait être requis pour d'autres cas et il pouvait donc être seulement stérilisé tout juste avant l'événement prévu, ce qui a été fait le jour de la chirurgie afin de s'assurer que tous les articles étaient stériles et disponibles pour la chirurgie.

Lors de la simulation, une liste a été générée indiquant spécifiquement toutes les personnes qui seraient présentes le lendemain. Il a été décidé que si du personnel/des apprenants additionnels se présentaient, ils seraient dirigés à la salle de conférence de la SOP où était présentée une vidéo en continu de l'intervention.

À la fin de la simulation, plusieurs problèmes avaient été résolus. Tous les membres du personnel se sont accordés pour dire que cette simulation avait été une séance informative importante.

Expérience peropératoire

Les infirmières en soins périopératoires étaient nerveuses et fébriles la veille et le matin de l'intervention. Elles se sont présentées tôt au travail et elles se sont entraînées à leur rôle pour la journée. Elles se sont assurées que tout l'équipement était stérile ou à la stérilisation et ont placé l'équipement au bon endroit pour la chirurgie.

À 0700, la salle grouillait de monde. Les infirmières de l'unité de maternité, de l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) et les anesthésiologistes étaient tous en train de se préparer. Les chirurgiens en oto-rhino-laryngologie étaient présents et vérifiaient tout l'équipement. L'infirmière de liaison en chirurgie était présente et en contact avec les parents.

La salle était prête à 0720. La salle de conférence de la SOP avait été organisée pour accueillir les observateurs via le système d'intégration audiovisuel. Même si le IWK est un hôpital universitaire, personne ne devait entrer dans la salle, sauf si cette personne était sur la liste officielle de personnes impliquées la journée de la chirurgie. Aucun résident en oto-rhino-laryngologie ni aucun résident en médecine, etc. n'était présent pour la chirurgie, mais on les encourageait à y assister dans la salle de conférence. D'autres infirmières, infirmières gestionnaires et d'autres chirurgiens étaient aussi présents dans la salle de conférence pour observer.

À 0735, la mère et le père sont entrés au bloc opératoire. La mère souriait et les deux parents ont salué les infirmières et blagué avec ces dernières. Les membres en tenue stérile de l'équipe avaient procédé à leur brossage et se trouvaient aux bons endroits, prêts à commencer. L'équipe en anesthésie avait demandé de parler le moins possible lorsque la mère et le père entreraient dans la SOP. La salle de conférence de la SOP était pleine de membres du personnel et d'apprenants qui s'apprêtaient à regarder l'intervention.

L'anesthésiologiste était prêt à commencer à 0740. La mère était

éveillée pour son anesthésie régionale, le placement de son cathéter intraveineux, intra-artériel et son positionnement pour l'intervention. Elle était éveillée pour le positionnement et l'arrimage du plateau Mayo sur ses jambes. Le père se tenait debout dans un coin éloigné de la salle et prenait des photos de toutes les équipes dans leur position pour documenter l'aventure. L'équipe en obstétrique a amorcé la phase Pause de la liste de vérification pour une chirurgie sécuritaire. Chaque personne a mentionné son nom et son équipe tandis que les parents saluaient les membres de l'équipe lorsqu'ils parlaient. Le père a été escorté en dehors du bloc avant l'induction.

L'induction de la mère a été provoquée à 0832. La position de la mère a été vérifiée et la chirurgie pouvait commencer. L'équipe en obstétrique a immédiatement commencé à préparer et placer les champs sur la mère. L'équipe en oto-rhino-laryngologie se tenait à proximité pour la bronchoscopie. L'équipe en néonatalogie était en place, éloignée du champ stérile. Le personnel en anesthésie responsable de la mère la surveillait de près. L'anesthésiologiste pour le bébé et les infirmières en obstétrique étaient prêts et avaient préparé des médicaments pour une injection intramusculaire pour le fœtus, au besoin.

La chirurgie a commencé à 0845. Avant l'incision, l'ensemble de l'équipe savait qu'elle devait travailler en silence pour que chaque équipe puisse se concentrer. L'équipe en oto-rhino-laryngologie observait l'intervention et attendait son tour pour commencer. Alors que les membres vérifiaient l'équipement, ils se sont rendu compte que certaines pièces de l'équipement non radio-opaque devaient être comptées en raison de leur proximité avec le champ stérile pour l'utérus de la mère.

À 0856, la tête et le bras gauche du bébé ont été accouchés tandis que le bras droit demeurait à l'intérieur de l'utérus. Les infirmières en obstétrique se sont éloignées pour permettre au chirurgien en oto-rhino-laryngologie de

s'approcher et aux infirmières en service externe d'aider. Ces derniers ont immédiatement commencé l'intervention de bronchoscopie. D'autres membres de l'équipe ont simultanément branché une sonde de saturation stérile sur la main gauche du bébé pour surveiller les données. L'un des chirurgiens en obstétrique a demandé d'effectuer une perfusion du cordon ombilical pour rassurer l'équipe. À l'aide du bronchoscope, il a regardé rapidement deux fois pour voir s'il y avait une petite ouverture des voies respiratoires, mais il n'y en avait aucune, les voies respiratoires étaient recouvertes de tissu.

L'équipe en oto-rhino-laryngologie a alors entrepris une trachéostomie et a travaillé rapidement. Le tube de trachéostomie a été mis en place et fixé. Le bébé a été ventilé à l'aide d'un sac Ambu® stérile alors que la trachée était dégagée. L'équipe en obstétrique a terminé l'accouchement du bébé à 0904 et il a été remis au néonatalogiste et à l'équipe de l'USIN.

À partir de 0905, l'évaluation et les soins du nouveau-né ont été effectués sur une table à infrarouges. Le bébé a été stabilisé et l'équipe en oto-rhino-laryngologie a continué son évaluation à l'aide d'un bronchoscope flexible afin de mieux visualiser l'anomalie des voies respiratoires. La table pour la trachéostomie est demeurée stérile au cas où une autre intervention serait nécessaire. Le bébé a été transporté à l'USIN à 0930.

L'équipe en obstétrique a terminé la procédure post-accouchement nécessaire avec la mère. En raison de l'implication de plusieurs équipes chirurgicales multidisciplinaires et du fait que l'intervention EXIT se déroulait à proximité de l'incision de la mère, on a effectué un rayon X avant de transférer la mère sur la civière. La mère s'est réveillée et a été extubée dans la SOP. Elle parlait lors de son transfert à l'unité de maternité pour se rétablir. Tout le monde a quitté la salle en poussant un grand soupir de soulagement et tous les membres étaient très heureux et excités d'avoir mené avec succès une telle intervention.



Les participants impliqués à la séance de compte rendu.

Compte rendu après l'intervention

Un compte rendu offre la possibilité de réfléchir, de reconnaître les lacunes dans les soins et de donner à l'équipe une rétroaction constructive.⁶ Environ une semaine après l'intervention, toute l'équipe s'est réunie dans la salle de conférence de la SOP pour faire un compte rendu de ce cas. Suite à l'introduction des équipes, les vidéos suivantes captées par la caméra de la SOP ont été présentées au groupe :

1. Équipe en obstétrique : la chirurgie jusqu'à l'accouchement du haut du corps du bébé;
2. Équipe en oto-rhino-laryngologie : la bronchoscopie et la trachéostomie;
3. Équipe en néonatalogie : l'évaluation néonatale.

Les discussions lors de la séance de compte rendu étaient axées sur les questions suivantes : Comment s'est déroulé le cas? Est-ce que l'équipe a connu du succès? Est-ce que les directives étaient claires?

Selon toutes les équipes présentes, le cas s'était bien déroulé. Seuls deux médecins avaient déjà été impliqués dans des cas semblables à celui-ci dans d'autres centres universitaires. Ces deux personnes ont mentionné que c'était lorsqu'elles étaient résidentes — l'une en oto-rhino-laryngologie et l'autre en anesthésiologie. Ces deux personnes ont mentionné qu'elles avaient eu l'impression que l'intervention au IWK

s'était mieux passée et qu'elle avait eu un meilleur résultat que le cas précédent sur lequel elles avaient travaillé. L'équipe a parlé du fait qu'elle croyait que le succès de l'intervention était directement lié à la préparation faite. Les membres ont tout particulièrement spécifié que la simulation, qui avait eu lieu un jour avant l'intervention et qui impliquait toutes les équipes, avait été très bénéfique permettant aux équipes de résoudre à l'avance plusieurs problèmes.

L'équipe en oto-rhino-laryngologie était très heureuse de passer en revue le rythme des vidéos. La bronchoscopie avait pris moins de 2 minutes à exécuter et la trachéostomie moins de 6 minutes. Il va sans dire qu'il était important que ces interventions soient exécutées rapidement. L'équipe en obstétrique était ravie d'avoir été capable de contrôler les saignements de l'utérus. L'équipe en néonatalogie, quant à elle, était heureuse que le bébé soit resté sous perfusion pendant que les interventions étaient exécutées. Plusieurs équipes ont participé et, chacune leur tour, ont eu leurs responsabilités à assumer pendant que les autres leur donnaient l'espace et le silence nécessaires.

Parmi les questions débattues lors de la séance de compte rendu, notons :

1. Quels ont été quelques-uns des défis?
2. De quelle façon l'équipe aurait-elle pu être plus efficace?
3. Quels aspects avez-vous le plus/le moins aimé?

Les défis ayant été discutés incluaient le câble trop court pour la bronchoscopie. C'était décevant de constater que la vue télescopique de la bronchoscopie n'avait pas été enregistrée. Elle avait été diffusée dans la salle de conférence, mais n'avait pas été enregistrée à ce moment. L'équipe biomédicale avait été consultée lors de la simulation, mais on ne leur avait pas demandé d'enregistrer la bronchoscopie en phase peropératoire. L'équipe a aussi eu l'impression qu'il y avait trop de personnes présentes dans l'équipe en néonatalogie. Même s'il y avait trop de personnes dans la salle, il y avait encore plus de personnel/d'apprenants dans la salle de conférence, donc le fait de



Participants additionnels impliqués à la séance de compte rendu.

désigner quelqu'un pour diriger la circulation dans la SOP avait été une bonne stratégie.

Les discussions sur les fonctions des équipes ont également été positives. L'équipe estimait que les rôles étaient très clairs, que chaque équipe a bien travaillé lorsque c'était son tour, que les équipes ont respecté l'expertise des autres et que tout le monde a agi de manière très professionnelle. Chaque équipe possédait un leader et l'information était clairement mentionnée et partagée à toutes les équipes.

Parmi les aspects préférés de l'équipe en oto-rhino-laryngologie, nous retrouvons la vitesse à laquelle les membres ont pu dégager les voies respiratoires. Par contre, l'équipe était très déçue de n'avoir aucun enregistrement vidéo de la première bronchoscopie. Les équipes en anesthésie et obstétrique ont mentionné que l'aspect qu'elles avaient le plus aimé était la manière dont la mère a bien réagi aux médicaments nécessaires et la vitesse à laquelle elle s'est stabilisée. L'équipe en néonatalogie était contente

de la perfusion du bébé et heureuse d'avoir pu faire son évaluation si rapidement. Elle estimait qu'il y avait trop de personnes au sein de son équipe et a mentionné qu'elle modifierait cela pour les interventions futures.

CONCLUSION

Ce cas a permis à quatre équipes chirurgicales incluant plus de 20 professionnels de la santé du Centre de santé IWK de profiter d'une expérience d'apprentissage exceptionnelle. Ce fut une occasion d'apprentissage unique étant donné que c'était la première fois que cette intervention était effectuée à ce centre. L'apprentissage des membres des équipes a commencé lorsque cette intervention a été proposée au groupe et s'est poursuivi tout au long de la simulation, de l'intervention et du compte rendu.

Marwan, A. & Crombleholme, T. (2006) ont constaté « qu'avec l'intervention EXIT, le chirurgien peut s'offrir le luxe de transformer une urgence néonatale possiblement mortelle en un environnement clinique contrôlé qui est plus susceptible d'engendrer de meilleurs résultats. »⁴

L'ancien premier ministre britannique et historien, Sir Winston Churchill, a été cité pour avoir affirmé : « Celui qui oublie de planifier son succès planifie son échec. » Une planification extraordinaire et beaucoup de temps ont été requis pour ce cas, notamment plusieurs conférences des équipes multidisciplinaires et une simulation de l'intervention prévue.

Les mesures nécessaires à la préparation de ce cas étaient très détaillées et toutes les personnes impliquées obtenaient de la documentation. L'expérience peropératoire, à travers les yeux des infirmières en soins périopératoires du IWK, a été examinée. La séance de compte rendu multidisciplinaire, qui s'est déroulée quelques jours après l'intervention, a produit de précieux renseignements de la part de tous les membres de l'équipe et à leur intention. On a également étudié les leçons tirées de ce compte rendu. À l'avenir, si un cas

Les mesures nécessaires à la préparation de ce cas étaient très détaillées et toutes les personnes impliquées obtenaient de la documentation

semblable se présente, l'équipe a estimé qu'il était extrêmement important d'avoir des séances préplanification incluant une simulation. Parmi les prochaines mesures à prendre en vue d'autres cas de ce genre, il a été discuté de l'importance d'enregistrer l'intervention de bronchoscopie.

Toutes les personnes impliquées étaient contentes d'avoir fait partie de cette équipe. Les membres de l'équipe ont mentionné que la planification et la collaboration interprofessionnelle ont été la clé du succès des bons résultats obtenus en faveur de la mère et de son bébé. Le succès de l'intervention a été évalué à l'aide de nombreux facteurs, comme la capacité à maîtriser en phase peropératoire les saignements de la mère, le dégagement très rapide des voies respiratoires du bébé, la capacité de l'équipe en néonatalogie à évaluer le bébé de manière détaillée et rapide et le

pouvoir ressenti par chaque leader d'équipe quand c'était à son tour d'être en contrôle dans la SOP.

RÉFÉRENCES

1. Stefani, S., et coll. (2012), EXIT (Ex-utero Intrapartum Treatment) in lymphatic malformations of the head and neck: Discussion of three cases and proposal of an EXIT-TTP (Team Time Procedure) list, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 76, 20-27.
2. Olutoye, O. & Olutoye, O.A. (2012), EXIT procedure for fetal neck masses, *Wolters Kluwer Health*, 24(00), 1-8.
3. Butler CR, Maughan EF, Pandya P, Hewitt R (2017) Ex-utero intrapartum treatment (EXIT) for upper airway obstruction, *Curr opin*

Otolaryngol Head neck Surg. April 25 (20): 119-126 doi: 10.1097/M000.

4. Marwan, A. & Crombleholme, T. (2006), The EXIT procedure: principles, pitfalls, and progress, *Seminars in Pediatric Surgery*, 15, 107-115.
5. Garcia, P.J. et coll. (2011), Case Scenario: Anesthesia for Maternal-Fetal Surgery The Ex-Utero Intrapartum Therapy (EXIT) Procedure, *the American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins*, 114(6), 1446-1452.
6. Severson, M.A., et coll. (2014), Simulation-Based Team Training and debriefing to enhance nursing and physician collaboration, *The journal of Continuing Education in Nursing* 45(7.) 🌟



Partagez vos réalisations dans le domaine de la pratique clinique des soins périopératoires, de l'éducation, du perfectionnement professionnel, de la recherche et de l'administration!

Le Comité du programme de la conférence de 2019 accepte les soumissions de résumés pour les exposés ou les présentations par affiches qui seront présentés lors de la conférence nationale de l'AIISOC de 2019. Le thème de la conférence est :

« VAGUES DE CHANGEMENT, Océans d'EXCELLENCE EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES »

LES RÉSUMÉS SERONT ÉVALUÉS EN VUE D'ÊTRE PRÉSENTÉS DANS L'UNE DES TRIBUNES SUIVANTES :

Présentations par affiches : Affiches informatives présentées lors de la conférence; ou

Exposé : Une présentation de 50 minutes par l'auteur avec une période de questions de dix minutes.

Les présentations par affiches/les exposés seront sélectionnés selon leur pertinence et leurs répercussions sur les soins périopératoires et devront respecter le thème de la conférence. Vous trouverez tous les critères et les détails concernant les soumissions à www.ORNAC.ca sous l'onglet Conférence nationale.

La date limite pour les soumissions est le 15 septembre 2018.



Interior Health
Every person matters

**Operating Room
Nursing Opportunities**
Southern Interior of British Columbia

The Lifestyle You Desire!

Apply today!
Jobs.InteriorHealth.ca



Looking For Information
About Advertising
In This Journal?

Vous cherchez
l'Information pour
mettre une annonce
dans cette revue ?

info@ClockworkCanada.com

or / ou

902.442.3882



SOUTHLAKE
REGIONAL HEALTH CENTRE

We are hiring
Nurses
to be part of
something bigger!

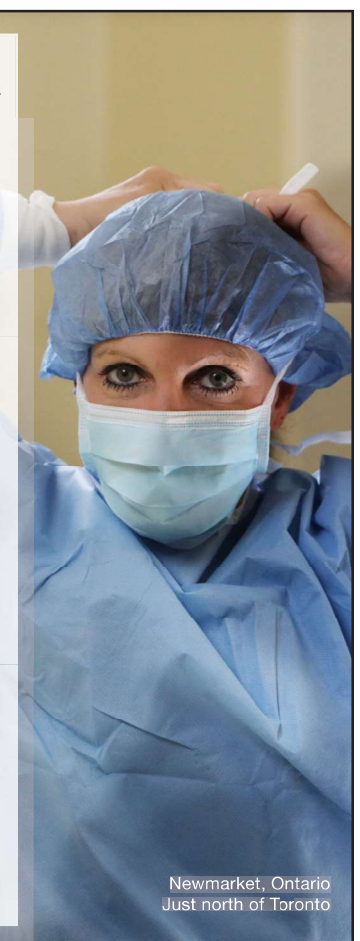
We welcome individuals who want to be part of our vision for healthcare excellence and are passionate about providing the highest quality patient-centred care in a dynamic, progressive, interprofessional environment.

Available full-time and part-time positions in:

- Operating Room
- Eye Institute
- Endoscopy

For more information, please visit
http://bit.ly/SRHC_nurses

Newmarket, Ontario
Just north of Toronto



A WORK-LIFE BALANCE UNLIKE ANYWHERE ELSE

FIND A JOB IN BC

Health Match BC is a free health professional recruitment service funded by the Government of British Columbia (BC), Canada.



DISCOVER MORE AT
healthmatchbc.org

health
match bc 

The logo for Health Match BC, featuring the text "health match bc" in a lowercase, sans-serif font, followed by a stylized white graphic of a mountain range or a pulse line.

Operating Room Nurses Association of Canada
Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada

ORNAC AIISOC

2018 Annual General Meeting (AGM) and Education Day

May 12, 2018

Executive Airport Plaza Hotel & Conference
Centre, Richmond, BC

T7311 Westminster Highway, Richmond, BC V6X 1A3

For the most up-to-date information, and to register,
please visit our website:

<http://ornac.ca/en/news-events/agm>

Assemblée générale annuelle (AGA) 2018 et journée d'éducation

le 12 mai 2018

Executive Airport Plaza Hotel and Conference
Centre, Richmond (Colombie-Britannique)

T7311 Westminster Highway, Richmond, BC V6X 1A3

Pour les informations les plus à jour, et pour vous
inscrire, veuillez visiter notre site web :

<http://ornac.ca/fr/a-propos-de-nous/aga>



KEYWORDS: BARIATRIC SURGERY, COST-REDUCTION, SURGICAL SITE INFECTION.

BYPASSING BARIATRIC COSTS AND CUTTING RATES OF SURGICAL SITE INFECTION

Author: *Celina Baker, RN, BScN, CPN(C) graduated with Honours from the University of Ottawa in 2007 with a Bachelor of Science in Nursing. The operating room piqued her interest early on in her nursing career. In 2009 she decided to take the RN Perioperative Nursing course at Algonquin College. Celina fell in love with the OR and knew that she had finally found her niche. She achieved certification in Perioperative Nursing in 2011 and maintains that certification to this day. Since 2014 Celina has been the Care Facilitator for General Surgery in the Main OR of The Ottawa Hospital - Civic Campus (TOH-CC). Celina shared the successes of the Bariatric Team at TOH-CC (which has been recognized as a Bariatric Centre of Excellence) through an oral presentation at the 25th ORNAC National Conference in 2017. Celina is a current member of ORNAC and ORNAO.*

ABSTRACT

The Bariatric Program at The Ottawa Hospital Civic Campus (TOH-CC), which was designated as a Bariatric Centre of Excellence (BCoE) on February 10, 2017, has identified and implemented key changes in order to be more cost-efficient while providing patients with world-class care. The Bariatric Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) team modified its surgical technique and has been successful in not only reducing the cost per case but also in substantially decreasing the rates of surgical site infections (SSIs).

The Bariatric CUSP team, evaluated current practices, identified an area for improvement, and successfully implemented an alternative surgical technique. The team has, as a result, reduced its SSI rate from 8% to 1%, in 2 years, and has saved over \$250,000 (26 per cent) in costs per year during this period.

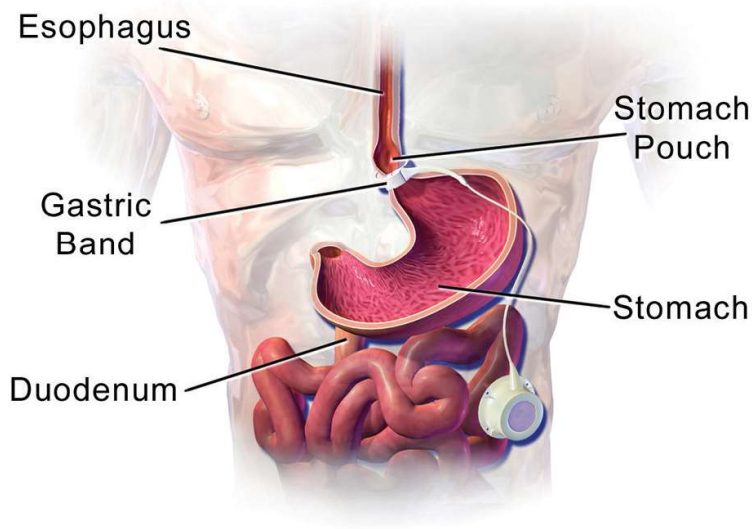
INTRODUCTION

Bariatric surgery is a weight loss procedure and there are three common methods used to achieve this weight loss:

- 1) Reduce the size of the stomach by applying an adjustable band around the stomach. This procedure is called a gastric band procedure and is more commonly known as a “lap band”. An adjustable silicone band is placed around the upper portion of the stomach to create a small pouch (See Figure 1).
- 2) Reduce the size of the stomach by completely removing a large portion of the stomach. This procedure is called a sleeve gastrectomy and involves the excision of about 70% of the stomach to leave behind a narrow tube-like stomach pouch (See Figure 2); or
- 3) Re-route the small intestine to a small stomach pouch. This procedure is called a roux-en-y gastric bypass and involves a small part of the stomach being used to create a new stomach pouch (roughly the size of an egg) that can hold about 15-50mL. The smaller stomach is then connected directly to the middle portion of the small intestine (jejunum). The rest of the stomach and the upper portion of the small intestine (duodenum – where most calorie and nutrient absorption takes place) are both

The Bariatric CUSP team, evaluated current practices, identified an area for improvement, and successfully implemented an alternative surgical technique.

Figure 1.

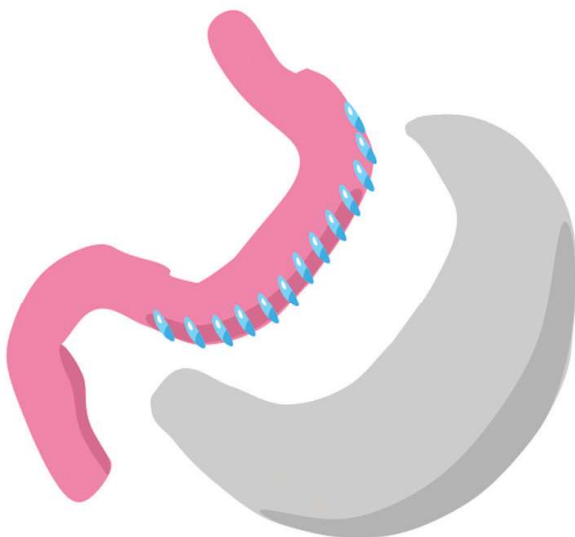


Bruce Blaus (Blaussen.com staff)

Adjustable Gastric Banding

Gastric Band: This photo illustrates placement of the adjustable band around the stomach, drastically decreasing the size of the stomach pouch. (Accessed by the author at Wikimedia Commons, Oct 10, 2017)

Figure 2.



By: Lina Wolf © <https://magenverkleinerung.tips>

Sleeve Gastrectomy: This photo illustrates the large portion of the stomach (pictured here in grey) that is completely removed. The staple line is pictured here in blue. (Accessed by the author at Wikimedia Commons, Oct 10, 2017)

bypassed. The new connection to the stomach is called a roux-en-y limb because the duodenum limb and the new limb from the stomach connect together in the shape of a Y (See Figure 3). A roux-en-y is a combination of restriction (limiting the amount of food that can be ingested) and malabsorption (decreasing the amount of intestine available for nutrient absorption). This results in not only reduced food intake, but also reduced calorie and nutrient absorption.^{1,2}

At TOH-CC, the laparoscopic sleeve gastrectomy and the laparoscopic roux-en-y gastric bypass procedures are performed regularly. The Bariatric Program started at TOH-CC in 2009. That first year, there were two bariatric surgeons who performed 150 procedures total. Each surgeon was able to do two cases per bariatric day and the average length of each procedure was 3-5 hours. In the early stages, there was a learning curve for everyone – not only the surgeons, but also the nursing staff, anesthesia team and patient care attendants.

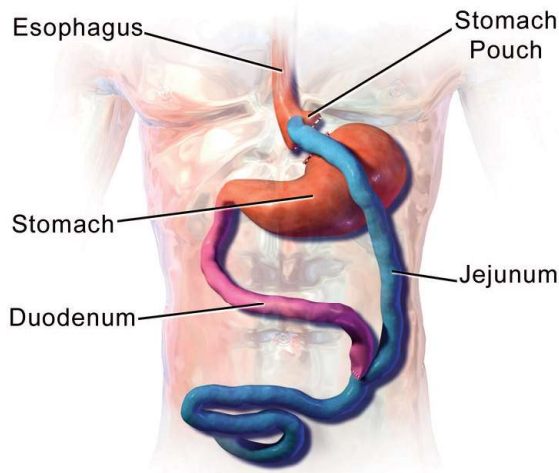
Today, there are four bariatric surgeons who perform laparoscopic roux-en-y gastric bypass procedures as well as laparoscopic sleeve gastrectomies. Each surgeon is now routinely performing three cases in a day, and the hospital has four designated bariatric days per week. The average length for each procedure is now 1.5 – 2 hours.

The Bariatric Program has since increased the amount of cases every year and at the end of the 2016 fiscal year they completed 537 bariatric procedures (compared with 150 in 2009). The goal for the 2017-2018 fiscal year is to be able to conduct up to 550 bariatric procedures.³

PROCEDURES AND TECHNIQUES:

The bariatric surgery set up is standardized at TOH-CC when it comes to equipment and steps of the procedure. There are only a few slight variations

Figure 3.



Roux-En-Y

Roux-en-y: This photo illustrates the connection from the new stomach pouch to the jejunum, bypassing the stomach and duodenum. (Accessed by the author at Wikimedia Commons, Oct 10, 2017)

By: Bruce Blaus (Own work)

among the surgeons, such as their preference on suture length or type of suture, but otherwise, each of the surgeons performs the procedure the same way.

The technique that the bariatric surgeons at TOH-CC chose to use for roux-en-y gastric bypass procedures when the program started was the circular stapler technique. This technique involves using an EEA stapler and a corresponding EEA orvil to complete the anastomosis between the new stomach pouch and the jejunum (gastrojejunostomy).

Circular stapler technique:

To perform a laparoscopic roux-en-y gastric bypass, using this technique, the surgeon requires a combination of sutures and single use staplers. The stapler that they chose to use was the EEA 25mm XL stapler (the circular stapler in the circular stapler technique) (See Figure 4). Along with the EEA they were using the corresponding size of EEA orvil (See Figure 5). In addition, the surgeons were also using the Endo GIA XL stapler with a variety of different

stapler cartridge reloads (See Figure 6). The cost of all these single use items for each roux-en-y procedure was \$1,984.65.

When it comes time during the procedure to complete the gastrojejunostomy using the circular stapler technique, the EEA orvil and EEA stapler are used. The orvil device is a combination of a silver circular anvil that is connected to a 90 cm long delivery tube. The EEA orvil is inserted into the mouth and lowered down through the oesophagus until it reaches the stomach pouch. When the orvil is in place, the delivery tube is disconnected, by cutting the suture string away. The delivery tube is then removed from the patient by pulling it out through one of the trocars. One of the laparoscopic trocars is removed and that incision is enlarged to allow the EEA stapler to be inserted through one of the port site incisions. The EEA and anvil are then joined together and the EEA stapler is fired. The EEA is removed from the patient and the trocar is reinserted for the rest of the procedure. To note, the EEA comes into contact with the inside of the stomach and small intestine and, as it is removed, it comes into contact with the abdominal wall and skin.⁴

When you consider the steps, it is clear that there is a high risk of infection with this technique. The orvil, which enters through the mouth (a non-sterile area, full of bacteria), passes through the patient's body and exits through the skin at what is called the "extraction site". This extraction site puts the patient at a higher risk for developing a surgical site infection (SSI).

Several other factors may also contribute to the development of an SSI. Studies have shown that the bariatric population is at a higher risk of getting a surgical site infection. Obesity alone is an important risk factor for developing a SSI post-op. Many bariatric patients present with diabetes, which is another comorbidity that puts these patients at higher risk.⁵

Figure 4.

By: C. Baker



EEA 25mm XL Stapler with anvil

Figure 5.

By: C. Baker



EEA 25mm XL Orvil and delivery tube

Figure 6.

By: C. Baker



Endo GIA XL Stapler and 2 Endo GIA cartridge reloads

INCENTIVE FOR CHANGE:

In 1999 the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) was launched by the US Department of Veterans Affairs.⁶ This program was described as one that “can be used by participating institutions to evaluate their own patient outcomes and quality indicators, make valid, informative comparisons to other sites, and set targets for improvement.”⁶ The goal of the program was to measure and improve the quality of surgical care. Three hospital sites in British Columbia were the first Canadian hospitals to join NSQIP in 2006.⁶ In 2013 TOH joined NSQIP and formed CUSP (Comprehensive Unit-based Safety Program) teams to tackle the problem of surgical site infections. TOH now has 23 CUSP teams.³ The teams are multidisciplinary including nurses, surgeons, anaesthesiologists, educators, clinical care leaders, and management. Two major issues that the Bariatric CUSP group discussed and decided to focus on were cost (to try to lessen the strain on the hospital budget) and SSI rates. Initial data from NSQIP showed that approximately 12% of bariatric patients at TOH-CC were developing a post-op SSI.^{A,8}

A few changes that were rolled out corporately, within TOH, were pre-warming patients before surgery and administering the appropriate antibiotics before surgery. These initiatives came from the Canadian Patient Safety Institute, which outlines in Safer Healthcare Now some resources and interventions for healthcare quality improvement.⁷ The Bariatric CUSP team introduced a few changes specific to the roux-en-y gastric bypass procedure. Those

^AThis data is based on a 10% sampling, as that is how many bariatric patients were being captured in NSQIP from 2010-2015. The NSQIP semiannual report did not separate bariatric surgery from general surgery in its data collection.

After these initial changes the SSI rate for this procedure at TOH-CC dropped to approximately 8% for the 2014-2015 fiscal year.⁸

changes included:

- 1) Correct dosing and timely administration of pre-op antibiotics;
- 2) Use of anti-microbial dressings;
- 3) Using a wound protector at the extraction site;
- 4) Wiping instruments/trocar with providine;
- 5) Irrigating the extraction site with providine solution;
- 6) Segregating dirty instruments; and
- 7) Performing a glove change (surgeon only) during the procedure (after the EEA orvil is removed from the patient).

After these initial changes the SSI rate for this procedure at TOH-CC dropped to approximately 8% for the 2014-2015 fiscal year.⁸ But the group decided that it could do even better!

In searching the scientific literature, looking for ways to decrease SSI rates, Dr. Amy Neville, the Medical Director for the Bariatric Program at TOH-CC, found evidence to show that SSI rates were higher for circular stapler and lowest for linear stapler.^{9,10} So, the Bariatric CUSP group decided to make the change.

Linear stapler technique:

To perform a laparoscopic roux-en-y gastric bypass, using this technique, the surgeon requires a combination of sutures and single use staplers; however, with this technique the surgeon will use a straight reload on the Endo GIA stapler and suturing to complete the gastrojejunostomy instead of the EEA stapler. The linear stapler technique uses the same Endo GIA Stapler as the circular stapler technique, as well as a combination of stapler cartridges. This technique no longer involves the use of the circular stapler (which is too large to fit through the trocars), the orvil to extract from the surgical site, or any direct contact between the stapler and skin during surgery.

The single use items used for the linear technique include the Endo GIA XL Stapler, and a variety of 6 stapler cartridges per case. The total for these items, per case, is \$1,474.00.

The cost of staplers for the circular technique was \$1,984.65/case and the cost for the new linear technique is \$1,474.00/case. That’s a difference of \$510.65/case. And if we consider that 537 procedures were completed in the 2016/2017 fiscal year, that adds up to a total of \$274,219.05 saved per year at TOH-CC.

Following the change to the linear stapler technique the SSI rate dropped dramatically. As of the end of the 2016/2017 fiscal year the SSI rate was at 1%, which is quite an improvement from the SSI rate of 8% in 2014/2015.^{8,11}

FURTHER IMPROVEMENTS:

The bariatric group was able to use some of the savings toward the purchase of knee high sequential compression devices (SCDs). These SCDs are now used on every patient undergoing a roux-en-y or sleeve gastrectomy procedure. The use of SCDs was identified as a standard of practice through the Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality improvement program:¹²

“The American College of Surgeons (ACS) and the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) combined their respective national bariatric surgery accreditation programs into a single unified program to achieve one national accreditation standard for bariatric surgery centers, the Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program (MBSAQIP).

MBSAQIP works to advance safe, high quality care for bariatric

^B Since July 2016, TOH has moved toward a procedure-targeted method of data collection and now 100% of bariatric cases are captured in MBSAQIP.

The change in practice in the Bariatric Program at TOH-CC is just one example of how a small change can have a big impact.

surgical patients through the accreditation of bariatric surgical centers. A bariatric surgical center achieves accreditation following a rigorous review process during which it proves that it can maintain certain physical resources, human resources, and standards of practice. All accredited centers report their outcomes to the MBSAQIP database.”¹²

As a result of TOH-CC Bariatric Program’s commitment to high standards of practice, and a commitment to quality improvement, it received recognition from MBSAQIP, on February 10, 2017, by being fully accredited as a Centre of Excellence. TOH-CC was only the third site in Canada to attain this status.¹³

Another change initiated within the General Surgery and Bariatric CUSP group was becoming more transparent with regards to the cost of items. The group put together a list of frequently used single-use items such as staplers, cartridges, alternate energy devices, sutures, etc. and listed the cost of each item. This list is now posted in the two designated General Surgery rooms as a reference for the surgeons and nursing staff. This list has proven to be helpful in allowing for cost-savings during some cases as it allows the surgeon to choose to alter a technique slightly in order to use a less expensive piece of equipment.

The Colorectal CUSP group, at TOH, was inspired by the success of the Bariatric CUSP team in decreasing their SSI rates, so they too are working hard to decrease SSIs in colorectal surgery. Several changes have been implemented over the last few years, such as segregating instruments that have come

into contact with the lumen of the bowel (bowel isolation technique), using antimicrobial dressings, and some gown and glove practice changes, etc. This group has recently implemented 2 new protocols including wound irrigation and using wound protectors during open bowel procedures. They continue to look for new ways to improve their practice, keep costs low, and provide their patients with quality care.

CONCLUSION

The Operating Room is an ever-changing environment. New techniques and ways of performing surgery are developed all the time. The change in practice in the Bariatric Program at TOH-CC is just one example of how a small change can have a big impact. By saving the hospital over \$250,000 per year and dropping the SSI rate down to only 1%, the Bariatric program succeeded in not only minimizing the strain on hospital funding, but also in immensely improving the quality of care provided to patients.

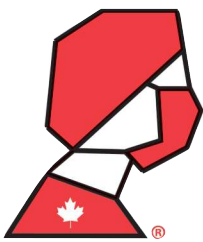
REFERENCES

1. Suter, M., Giusti, V., Héraief, E. et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc.* 2003; 17(603).
2. Canales, B., Gonzalez, R. Kidney stone risk following Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Translational Andrology and Urology.* 2014; 3(3).
3. Young, K. Bariatric infection rate dropped substantially. *The Ottawa Hospital Journal.* 2016; 19(6).
4. EEA Orvil Transoral Circular Stapler In-Service Video <https://www.youtube.com/watch?v=lG0MC8fE-SQ>. Accessed on March 5, 2017.
5. Malone, L. M.D. et al. Surgical Site Infections: Reanalysis of Risk

- Factors. Journal of Surgical Research. 2002; 103 (1). bypass. Obesity Surgery. 2010; 20 (4).
6. Accreditation Canada – National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP). <https://accreditation.ca/national-surgical-quality-improvement-program-nsqip>. Accessed on March 5, 2017.
 7. Canadian Patient Safety Institute (CPSI) –[http://www.patient-safetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Surgical-Site-Infection-\(SSI\).aspx](http://www.patient-safetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Surgical-Site-Infection-(SSI).aspx). Accessed on September 20, 2017.
 8. NSQIP Semiannual Report. The Performance Measurement Group. The Ottawa Hospital – Civic Campus.
 9. Bohdjalian, A. et al. Circular- vs. linear-stapled gastrojejunostomy in laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Obesity Surgery. 2010; 20 (4).
 10. Shope TR, Cooney RN, McLeod J, et al. Early results after laparoscopic gastric bypass: EEA vs GIA stapled gastrojejunal anastomosis. Obesity Surgery. 2003; 13 (3).
 11. MBSAQIP Semiannual Report: Site Summary 01/01/2016 – 12/31/2016. The Ottawa Hospital – Civic Campus.
 12. American College of Surgeons – Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program (MBSAQIP). <https://www.facs.org/quality%20programs/mbsaqip>. Accessed on March 5, 2017.
 13. Skinner, B. CUSP Communiqué. The Ottawa Hospital. February 2017. 🍁

Peer-reviewed feature articles appearing in this publication have undergone a double blind peer review process. The views or opinions expressed in the editorial or articles are those of the authors and do not necessarily represent the policies or views of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). Although reasonable efforts are made to ensure accuracy ORNAC, and its agents, take no responsibility whatsoever for errors, omissions or any consequences of reliance on material or the accuracy of information. In the event of a discrepancy, between the original and translated versions of the texts, the original version shall take precedence.

Publication does not constitute ORNAC endorsement of, or assumption of liability for, any claims made in advertisements.



**ORNAC /
AIISOC**

This publication is copyright in its entirety. Material may not be reprinted without the written permission of ORNAC. Contact through www.ORNAC.ca.

Les articles de chroniques évalués par un comité de lecture qui apparaissent dans cette publication ont été soumis à un processus d'évaluation par les pairs en double aveugle. Les points de vue ou les opinions exprimés dans l'article de tête ou les autres articles sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Bien que tous les efforts aient été mis en œuvre pour assurer l'exactitude des articles, l'AIISOC et ses représentants ne sont en aucun cas responsables des erreurs, des omissions ou de toutes conséquences pouvant découler de l'utilisation du matériel ou de la justesse de l'information. En cas de doute quant à la traduction des articles, la version originale la version originale prévaudra.

La publication des annonces publicitaires ne signifie en aucun cas que l'AIISOC n'approuve ou n'assume la responsabilité de toute revendication faite par ces dernières.

L'intégralité de cette publication est protégée par la loi sur le droit d'auteur. Les documents ne peuvent être réimprimés sans l'autorisation écrite de l'AIISOC. Communiquez avec www.AIISOC.ca.

MOTS-CLÉS : CHIRURGIE BARIATRIQUE, RÉDUCTION DES COÛTS, INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE.

CONTOURNER LES COÛTS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ET RÉDUIRE LE TAUX D'INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE

Auteur : *Celina Baker, inf., B.Sc.Inf., CSP(C) a obtenu son diplôme avec distinction de l'Université d'Ottawa en 2007 pour un baccalauréat en sciences infirmières. La salle d'opération a éveillé son intérêt dès le début de sa carrière en soins infirmiers. En 2009, elle a décidé de suivre le cours en soins périopératoires à l'intention des infirmières au Collège Algonquin. Celina est tombée en amour avec la SOP et elle savait qu'elle avait enfin trouvé sa voie. Elle a obtenu sa certification en soins périopératoires en 2011 et continue de renouveler sa certification. Depuis 2014, Celina occupe le poste de facilitatrice des soins en chirurgie générale pour la SOP principale de l'Hôpital d'Ottawa – campus Civic. Celina a partagé les succès de l'équipe bariatrique de cet hôpital (qui a été reconnu comme le Centre d'excellence en chirurgie bariatrique) par l'entremise d'un exposé oral lors de la 25e Conférence nationale de l'AIISOC en 2017. Celina est membre en règle de l'AIISOC et de l'ORNAO.*

Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.

RÉSUMÉ

Le programme de chirurgie bariatrique du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa, qui a été nommé le Centre d'excellence en chirurgie bariatrique le 10 février 2017, a déterminé et mis en œuvre des changements clés dans le but d'être plus rentable tout en offrant aux patients des soins hors pair. L'équipe de chirurgie bariatrique du Programme de sécurité des patients fondé sur un cadre intégré de sécurité dans les unités (CUSP) a modifié ses techniques chirurgicales et a réussi, non seulement, à réduire les coûts par cas, mais est également parvenue à diminuer considérablement le taux d'infection du site opératoire.

L'équipe de chirurgie bariatrique du CUSP a évalué les pratiques actuelles, a déterminé les domaines à améliorer et a mis en œuvre avec succès une technique chirurgicale de rechange. L'équipe a donc pu réduire le taux d'infection du site opératoire de 8 % à 1 % en deux ans et a économisé plus de 250 000 \$ (26 pour cent) en coûts par année durant cette période.

INTRODUCTION

La chirurgie bariatrique est une intervention de perte de poids. Il existe trois méthodes couramment utilisées pour parvenir à cette perte de poids :

- 1) Réduire la taille de l'estomac en l'encerclant à l'aide d'un anneau réglable. Appelé anneau gastrique, cet outil est aussi connu sous le nom de « Lap-Band ». Un anneau réglable en silicone est placé autour de la section supérieure de l'estomac pour créer une petite poche (Voir Figure 1).
- 2) Réduire la taille de l'estomac en retirant complètement une grande section de ce dernier. On appelle cette intervention une gastrectomie longitudinale. Elle consiste à exciser environ 70 % de l'estomac pour n'y laisser qu'une poche stomacale étroite ressemblant à un tube (Voir Figure 2);
- 3) Détourner l'intestin grêle vers une petite poche stomacale. On appelle cette intervention une dérivation

gastrique Roux-en-y et elle consiste à utiliser une petite partie de l'estomac pour créer une nouvelle poche stomacale (environ de la taille d'un œuf) pouvant contenir à peu près de 15 à 50 mL. L'estomac ainsi réduit est ensuite relié directement à la section du milieu de l'intestin grêle (le jéjunum). Le reste de l'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle (le duodénum – où se produit l'absorption de la plupart des calories et des nutriments) sont tous les deux contournés. Le nouveau raccordement à l'estomac s'appelle une anse Roux-en-y parce que l'anse du duodénum et la nouvelle anse de l'estomac sont reliées ensemble pour former un Y (Voir Figure 3). Une dérivation Roux-en-y est une technique combinant deux approches : la restriction alimentaire (restreindre la quantité d'aliments ingérés) et la malabsorption (réduire la taille de l'intestin responsable de l'absorption des nutriments), de sorte que non

L'équipe de chirurgie bariatrique du CUSP a évalué les pratiques actuelles, a déterminé les domaines à améliorer et a mis en œuvre avec succès une technique chirurgicale de rechange.

seulement les patients mangeront moins, mais aussi que l'absorption des calories et des nutriments sera réduite.^{1,2}

Au campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa, on effectue régulièrement des gastrectomies longitudinales par laparoscopie et des dérivations gastriques Roux-en-y par laparoscopie. Le programme de chirurgie bariatrique du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa a été inauguré en 2009. Durant la première année, deux chirurgiens spécialisés en interventions bariatriques ont effectué un total de 150 interventions. Chaque chirurgien pouvait effectuer deux cas bariatriques par jour et la durée moyenne de chaque intervention était de 3 à 5 heures. Au début, tout le monde a eu beaucoup à apprendre — non seulement les chirurgiens, mais aussi le personnel infirmier, l'équipe des anesthésiologistes et les préposés aux soins des patients.

Aujourd'hui, quatre chirurgiens spécialisés en interventions bariatriques effectuent les interventions de

dérivations gastriques Roux-en-y par laparoscopie ainsi que les gastrectomies longitudinales par laparoscopies. Ces derniers sont maintenant capables d'effectuer régulièrement trois cas par jour, et l'hôpital possède quatre journées consacrées aux chirurgies bariatriques par semaine. La durée moyenne de chaque intervention est maintenant de 1,5 à 2 heures.

Le programme de chirurgie bariatrique a depuis augmenté le nombre de cas par année et à la fin de l'exercice financier de 2016, il avait effectué 537 chirurgies bariatriques (comparativement à 150 en 2009). L'objectif pour l'exercice financier 2017 - 2018 vise à effectuer jusqu'à 550 interventions bariatriques.³

PROCÉDURES ET TECHNIQUES :

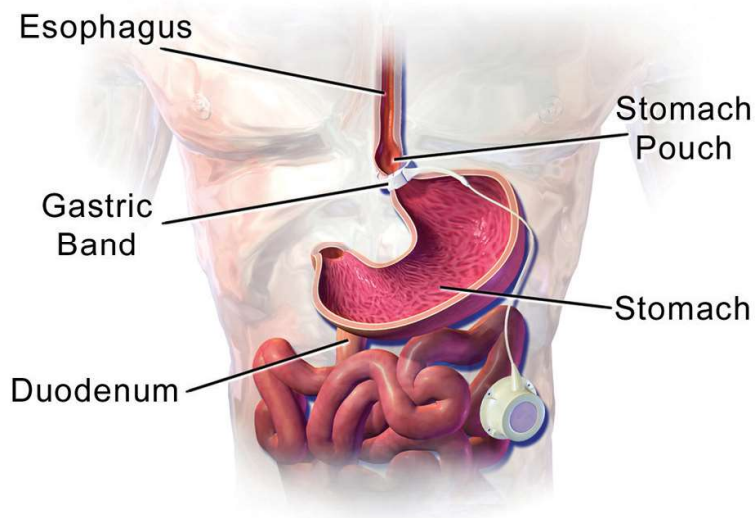
Au campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa, la préparation d'une chirurgie bariatrique est normalisée lorsqu'il s'agit de l'équipement et des étapes de l'intervention. Il n'existe que quelques légères variations entre les chirurgiens, comme leurs préférences pour la longueur de suture ou le type de suture, mais autrement, chacun des chirurgiens effectue l'intervention de la même manière.

Lorsque le programme a commencé, la technique que les chirurgiens bariatriques du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa ont choisi d'utiliser pour les interventions de dérivations gastriques Roux-en-y était la technique de l'agrafage circulaire. Cette technique consiste à utiliser une agrafeuse EEA™ et l'accessoire correspondant EEA™ OrVil™ pour compléter l'anastomose entre la nouvelle poche gastrique et le jéjunum (gastrojéjunostomie).

Technique de l'agrafage circulaire :

Pour effectuer une dérivation gastrique Roux-en-y par laparoscopie à l'aide de cette technique, le chirurgien doit utiliser une combinaison de points de suture et d'agrafes à usage unique. L'agrafeuse qui a été choisie était le modèle EEA™ 25mm XL (l'agrafeuse circulaire pour la technique de l'agrafage circulaire) (Voir

Figure 1.

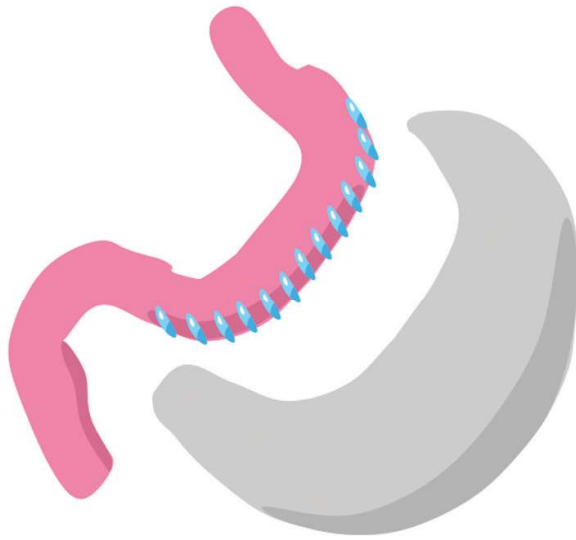


Adjustable Gastric Banding

Anneau gastrique : Cette photo illustre la mise en place de l'anneau réglable autour de l'estomac, réduisant considérablement la taille de la poche stomacale. (Consulté par l'auteure sur Wikimedia Commons, 10 oct. 2017)

Figure 2.

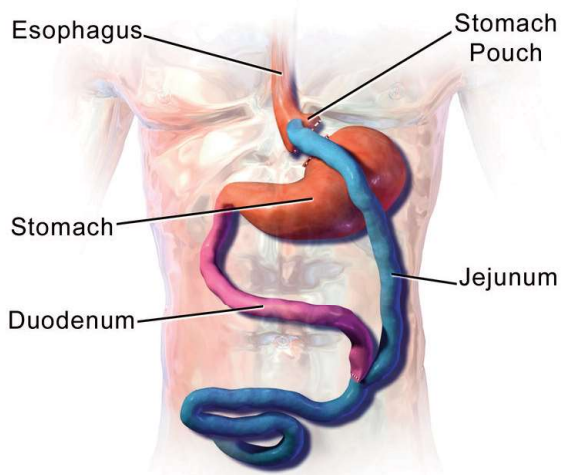
Par : Lina Wolf © <https://imagenverkleinerung.tips>



Gastrectomie longitudinale : Cette photo illustre la grande courbure de l'estomac (indiquée ici en gris) qui est complètement retirée. La ligne des agrafes est illustrée ici en bleu. (Consulté par l'auteure sur Wikimedia Commons, 10 oct. 2017)

Figure 3.

Par : Bruce Blaus (son propre travail)



Roux-En-Y

Dérivation gastrique Roux-en-y : Cette photo illustre le raccord de la nouvelle poche stomacale au jejunum, contournant l'estomac et le duodénum. (Consulté par l'auteure sur Wikimedia Commons, 10 oct. 2017)

Figure 4). Outre l'agrafeuse EEA™, les chirurgiens utilisaient la taille correspondante de l'accessoire de suture EEA™ OrVil™ (Voir Figure 5). De plus, ces derniers utilisaient également l'agrafeuse Endo GIA™ XL avec une variété de recharges de cartouche d'agrafeuse (Voir Figure 6). Le coût pour tous ces articles à usage unique pour chaque intervention de dérivation Roux-en-y était de 1 984,65 \$.

Lors de l'intervention, au moment d'effectuer la gastrojéjunostomie à l'aide de la technique d'agrafage circulaire, les chirurgiens utilisaient l'accessoire EEA™ OrVil™ et l'agrafeuse EEA™. L'appareil OrVil™ se compose d'une enclume circulaire en argent reliée à un tube d'administration de 90 cm de long. L'accessoire EEA™ OrVil™ est inséré par la bouche dans l'œsophage jusqu'à ce qu'il atteigne la poche stomacale. Lorsque l'accessoire OrVil™ est en place, le tube d'administration est débranché en coupant le fil de suture. Le tube d'administration est ensuite retiré du patient en le tirant par l'un des trocarts de laparoscopie. Ce dernier est ensuite retiré et cette incision d'accès au site est élargie pour permettre d'y insérer l'agrafeuse EEA™. L'accessoire EEA™ et l'enclume sont ensuite reliés l'un à l'autre et le chirurgien peut se servir de l'agrafeuse EEA™. L'accessoire EEA™ est retiré du patient et le trocart est réinséré pour le restant de l'intervention. Il est à noter que l'accessoire EEA™ entre en contact avec l'intérieur de l'estomac et de l'intestin grêle et, lorsqu'il est retiré, il entre en contact avec la paroi abdominale et la peau.⁴

Tenant compte de toutes ces étapes, il est évident que cette technique présente un risque élevé d'infection. L'accessoire OrVil™, qui entre par la bouche (une zone non stérile, pleine de bactéries), passe à travers le corps du patient et ressort par la peau par ce que l'on appelle le « site d'extraction » pose problème, car ce site d'extraction expose le patient à des risques plus élevés de développer une infection du site opératoire (ISO).

Après ces premiers changements, le taux d'ISO pour cette intervention au campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa a chuté à environ 8 % pour l'exercice financier 2014 - 2015.⁸

De nombreux autres facteurs peuvent également contribuer au développement d'une ISO. Des études ont démontré que la population de patients bariatriques est exposée à des risques plus élevés de contracter une infection du site opératoire. L'obésité en tant que telle constitue un important facteur de risque de développer une ISO postopératoire. Plusieurs patients bariatriques souffrent de diabète, une autre comorbidité, exposant ces patients à des risques plus élevés.⁵

INCITATION AU CHANGEMENT :

En 1999, le Programme national d'amélioration de la qualité des chirurgies (NSQIP) a été lancé par le Département des Anciens combattants des États-Unis.⁶ Ce programme a été décrit comme un programme « pouvant être utilisé par les institutions participantes dans le but d'évaluer les résultats de leurs propres patients et les indicateurs de la qualité, d'effectuer des comparaisons pertinentes et informatives par rapport à d'autres sites et de fixer des objectifs pour l'amélioration. »⁶ Le but du programme visait à mesurer et à améliorer la qualité des soins chirurgicaux. Les trois premiers hôpitaux canadiens à se joindre au NSQIP en 2006 se trouvaient en Colombie-Britannique.⁶ En 2013, l'Hôpital d'Ottawa s'est joint au NSQIP et a formé des équipes du Programme de sécurité des patients fondé sur un cadre intégré de sécurité dans les unités (CUSP) pour aborder le problème des infections du site opératoire. Il en compte maintenant vingt-trois.³ Les équipes sont multidisciplinaires, incluant des infirmières, des chirurgiens, des anesthésiologistes, des éducateurs, des leaders en soins cliniques et des cadres. Le groupe en chirurgie bariatrique du CUSP a discuté de deux enjeux importants et a décidé de se concentrer sur les coûts (pour tenter de réduire la pression sur le budget de

l'hôpital) et le taux d'ISO. Les données initiales du NSQIP indiquaient qu'environ 12 % des patients bariatriques au campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa développaient une ISO postopératoire.^{A,8}

Le campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa a apporté quelques changements à l'échelle de l'établissement, soit le préchauffement des patients avant la chirurgie et l'administration des antibiotiques appropriés avant l'intervention. Ces initiatives provenaient de l'Institut canadien pour la sécurité des patients qui indique dans Des soins de santé plus sécuritaires maintenant quelques ressources ainsi que des interventions pour améliorer la qualité des soins de santé.⁷ L'équipe bariatrique du CUSP a donc introduit quelques changements spécifiques à l'intervention de dérivation gastrique Roux-en-y. Parmi ces changements, notons :

- 1) La bonne posologie et l'administration en temps opportun d'antibiotiques en phase préopératoire;
- 2) Utiliser des pansements antimicrobiens;
- 3) Utiliser un protège-plaie au site d'extraction;
- 4) Essayer les instruments/trocarts avec de la proviodine;
- 5) Irriguer le site d'extraction avec de la solution proviodine;
- 6) Séparer les instruments souillés;
- 7) Effectuer un changement de gants (seulement le chirurgical) durant l'intervention (après que l'accessoire EEA™ OrVil™ ait été retiré du patient).

Après ces premiers changements, le taux d'ISO pour cette intervention au campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa a chuté à environ 8 % pour l'exercice financier 2014 - 2015.⁸ Le groupe a toutefois décidé qu'il pouvait faire encore mieux!

^A Ces données sont basées sur un échantillonnage de 10 %, étant donné que c'est le nombre de patients bariatriques qui a été observé par le NSQIP de 2010 à 2015. La collection de données rassemblée dans le rapport semestriel du NSQIP ne séparait pas la chirurgie bariatrique de la chirurgie générale.

Figure 4.

By: C. Baker



Agrafeuse EEA™ 25mm XL avec enclume

En consultant les ouvrages scientifiques, à la recherche de façons de réduire le taux d'ISO, la Dre Amy Neville, directrice médicale du programme de chirurgie bariatrique du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa, a trouvé des preuves permettant de conclure que le taux d'ISO était plus élevé pour la technique de l'agrafage circulaire et plus bas pour la technique de l'agrafage linéaire.^{9, 10} Le groupe bariatrique du CUSP a donc décidé d'apporter un changement.

Technique de l'agrafage linéaire :

Pour effectuer une dérivation gastrique Roux-en-y par laparoscopie à l'aide de cette technique, le chirurgien doit utiliser une combinaison de points de suture et d'agrafes à usage unique. Par contre, avec cette technique, le chirurgien utilisera une recharge droite avec l'agrafeuse Endo GIA™ et des points de suture pour effectuer la gastrojéjunostomie plutôt que d'utiliser l'agrafeuse EEA™. La technique de l'agrafage linéaire nécessite la même agrafeuse Endo GIA™ que la technique de l'agrafage circulaire ainsi qu'une combinaison de cartouches d'agrafes. Cette technique n'implique plus l'utilisation d'une agrafeuse circulaire (qui est trop large pour être insérée dans les trocarts), de l'accessoire OrVil™ pour extraire des éléments du site chirurgical et il n'y a plus aucun contact direct entre l'agrafeuse et la peau lors de la chirurgie.

Les articles à usage unique utilisés pour la technique linéaire incluent l'agrafeuse Endo GIA™ XL et une variété de 6 cartouches d'agrafes par cas. Le coût total par cas pour ces articles est de 1 474,00 \$.

Le coût des agrafeuses pour la technique circulaire était de 1 984,65 \$/cas tandis que le coût pour la nouvelle technique linéaire est de 1 474,00 \$/cas, ce qui représente une différence de 510,65 \$/cas. De plus, si nous considérons que 537 interventions ont été effectuées durant l'exercice financier de 2016 - 2017, ce montant totalise une somme de 274

Figure 5.

By: C. Baker



Accessoire EEA™ OrVil™ 25mm XL et tube d'administration

Figure 6.

By: C. Baker



Agrafeuse Endo GIA™ XL et 2 recharges de cartouche Endo GIA™

219,05 \$ d'économies par année réalisées par le campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa.

À la suite du changement pour adopter la technique de l'agrafage linéaire, le taux d'ISO a considérablement diminué. En date de la fin de l'exercice financier de 2016 – 2017, le taux d'ISO était de 1 %, ce qui constitue une importante amélioration par rapport au taux d'ISO de 8 % en 2014 - 2015.^{B,11}

AUTRES AMÉLIORATIONS :

Le groupe en chirurgie bariatrique a pu utiliser une partie des économies réalisées pour faire l'achat de dispositifs de compression séquentielle avec manchons hauteur genou. Ces dispositifs sont maintenant utilisés sur tous les patients subissant une intervention de dérivation gastrique Roux-en-y ou une gastrectomie longitudinale. Le Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program¹² a déterminé que l'utilisation des dispositifs de compression séquentielle constitue une norme de pratique :

« Le American College of Surgeons (ACS) et le American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) ont combiné leur programme national d'accréditation respectif en chirurgie bariatrique en un seul programme unifié afin d'instaurer une norme d'accréditation nationale pour les centres de chirurgie bariatrique, soit le Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program (MBSAQIP).

Le MBSAQIP s'efforce de promouvoir des soins sécuritaires et de grande qualité pour les patients en chirurgie bariatrique grâce à l'accréditation des centres de chirurgie bariatrique. Ces derniers peuvent obtenir leur accréditation suite à un processus d'évaluation rigoureux au cours duquel

ils démontrent pouvoir maintenir certaines ressources physiques, humaines et des normes de pratique. Tous les centres accrédités signalent leurs résultats dans la base de données du MBSAQIP. »¹²

À la suite de l'engagement du programme de chirurgie bariatrique du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa à respecter des normes de pratique élevées et à améliorer la qualité des soins, le programme a, le 10 février 2017, été reconnu par le MBSAQIP en étant entièrement accrédité à titre de Centre d'excellence. Le campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa était seulement le troisième site au Canada à obtenir ce statut.¹³

Le groupe de chirurgie bariatrique du CUSP et de chirurgie générale a également apporté un autre changement, soit celui de devenir plus transparent relativement au coût des articles. Le groupe a mis au point une liste d'articles à usage unique couramment utilisés, comme les agrafeuses, les cartouches, les dispositifs d'énergies alternatives, les fils de suture, etc., et a indiqué le coût de chaque article. Cette liste est dorénavant affichée dans les deux salles assignées à la chirurgie générale à titre de référence pour les chirurgiens et le personnel infirmier. Cette liste s'est avérée être utile permettant de réaliser des économies durant certains cas, car elle permet au chirurgien de choisir et de légèrement modifier une technique afin d'utiliser une pièce d'équipement moins dispendieuse.

Le succès du groupe de chirurgie bariatrique du CUSP à réduire son taux d'ISO a inspiré le groupe de chirurgie colorectale du CUSP du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa. Ce dernier s'efforce donc aussi de réduire les ISO en chirurgie colorectale. De nombreux changements ont été mis en œuvre au cours des dernières années, comme

^B Depuis juillet, l'Hôpital d'Ottawa a adopté une méthode de collecte des données axée sur les procédures, et maintenant, 100 % des cas bariatriques sont consignés dans le MBSAQIP.

Les changements apportés à la pratique dans le programme de chirurgie bariatrique du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa ne sont qu'un exemple de la façon dont de petits changements peuvent avoir un impact important.

séparer les instruments qui sont entrés en contact avec la lumière de l'intestin (technique d'isolation de l'intestin), utiliser des pansements antimicrobiens et changer certaines pratiques liées aux blouses et gants, etc. Le groupe a récemment mis en œuvre deux nouveaux protocoles incluant l'irrigation des plaies et l'utilisation de protège-plaies lors des interventions nécessitant l'ouverture des intestins. Il continue à être à l'affût de nouvelles façons d'améliorer sa pratique, de maintenir les coûts au minimum et d'offrir aux patients de soins de qualité.

CONCLUSION

La salle d'opération est un environnement en constante évolution. On développe toujours de nouvelles techniques et façons d'effectuer les chirurgies. Les changements apportés à la pratique dans le programme de chirurgie bariatrique du campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa ne sont qu'un exemple de la façon dont de petits changements peuvent avoir un impact important. Grâce aux économies de plus de 250 000 \$ par année réalisées par l'hôpital et à la baisse du taux d'ISO à seulement 1 %, le programme de chirurgie bariatrique a réussi à réduire non seulement la pression sur le financement de l'hôpital, mais il a aussi permis d'améliorer considérablement la qualité des soins offerts aux patients.

RÉFÉRENCES

1. Suter, M., Giusti, V., Héraief, E. et coll., Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, *Surg Endosc.*, 2003; 17(603).
2. Canales, B., Gonzalez, R., Kidney stone risk following Roux-en-Y gastric bypass surgery, *Translational Andrology and Urology*, 2014; 3(3).
3. Young, K., Bariatric infection rate dropped substantially, *The Ottawa Hospital Journal*, 2016; 19(6).
4. Vidéo en service de l'agrafeuse circulaire transorale EEA™ OrVil™ <https://www.youtube.com/watch?v=lg0MC8fE-SQ>. Consultée le 5 mars 2017.
5. Malone, L. M.D. et coll., Surgical Site Infections: Reanalysis of Risk Factors, *Journal of Surgical Research*, 2002; 103 (1).
6. Agrément Canada – National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP). <https://accreditation.ca/national-surgical-quality-improvement-program-nsqip>. Consulté le 5 mars 2017.
7. Institut canadien pour la sécurité des patients –[http://www.patient.safetyinstitute.ca/fr/topic/pages/surgical-site-infection-\(ssi\).aspx](http://www.patient.safetyinstitute.ca/fr/topic/pages/surgical-site-infection-(ssi).aspx). Consulté le 20 septembre 2017.
8. Rapport semestriel NSQIP, The Performance Measurement Group, campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa.
9. Bohdjalian, A. et coll., Circular- vs. linear-stapled gastrojejunostomy in laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, *Obesity Surgery*, 2010; 20 (4).
10. Shope TR, Cooney RN, McLeod J, et coll., Early results after laparoscopic gastric bypass: EEA vs GIA stapled gastrojejunal anastomosis, *Obesity Surgery*, 2003; 13 (3).
11. Rapport semestriel MBSAQIP : Site Summary 01/01/2016 – 12/31/2016, campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa.
12. American College of Surgeons – Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program (MBSAQIP). <https://www.facs.org/quality%20programs/mbsaqip>. Consulté le 5 mars 2017.
13. Skinner, B., CUSP Communiqué, Hôpital d'Ottawa, février 2017. 🌸

Muriel Shewchuk Leadership Award

The **Muriel Shewchuk Leadership Award** is presented by ORNAC to a perioperative registered nurse whose leadership has made an outstanding contribution to the profession of perioperative nursing at the local, provincial/territorial, national or international level. The recipient of the Award shall receive \$2500, a certificate, and an Award pin. An additional \$2500 will be donated to promote perioperative registered nursing education to the provincial/territorial local/regional/work site education fund selected by the recipient, in consultation with the ORNAC Awards Committee, or the recipient may choose to attend the CORL Conference.

Nominees must:

- Be a perioperative nursing leader – formal or informal
- Be a current ORNAC member in good standing
- Have nomination be supported by at least 2 colleagues/associates

Completed nomination forms must be submitted no later than **January 15th 2019**.

For more details visit www.ORNAC.ca
Click on [Bursaries](#), [Grants & Awards](#).

Prix de leadership Muriel Shewchuk

Le **Prix de leadership Muriel Shewchuk** est remis par l'AISOC à un infirmier ou une infirmière autorisé(e) en soins périopératoires qui, par ses qualités de leader, a contribué de façon exceptionnelle à la pratique des soins périopératoires au plan local, provincial, national ou international. Le ou la récipiendaire du prix se verra remettre un montant de 2 500 \$, un certificat ainsi qu'une épinglette de récompense. Un montant additionnel de 2 500 \$ sera également versé pour promouvoir la formation d'infirmiers et d'infirmières autorisés(es) en soins périopératoires au fonds d'éducation du lieu de travail provincial/local/régional sélectionné par le ou la récipiendaire, avec l'accord du comité des prix de l'AISOC, ou le ou la récipiendaire pourra choisir d'assister à la conférence CORL.

Les candidats au prix doivent :

- Être un(e) leader en soins périopératoires – officiellement ou non
- Être membre en règle de l'AISOC
- Leur mise en candidature doit être appuyée par au moins deux collègues/associés;

La date limite pour soumettre les formulaires de mise en candidature est le **15 janvier 2019**.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter www.AISOC.ca
et cliquer sur le lien [Bursaries](#), [Grants & Awards](#). (disponible en anglais seulement)

PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AIISOC

UNE ENTREVUE AVEC LEONOR DE BIASIO, INF., B. SC. INF., CSP(C)

Soumis par : Heather Dow, directrice générale de l'AIISOC.

En 1995, Leonor De Biasio a terminé un programme menant à un diplôme en sciences infirmières au Collège Humber, puis, en 2005, elle a obtenu son baccalauréat en sciences avec spécialisation en sciences infirmières de l'Université Ryerson, et, la même année, elle a reçu sa certification de l'AIIC en soins périopératoires. En 1996, Leonor a terminé le programme d'études supérieures en soins infirmiers en salle d'opération au Collège George Brown. Elle poursuit actuellement une maîtrise en pédagogie avec spécialisation en leadership pédagogique.

Depuis 2002, Leonor travaille à titre d'infirmière en soins périopératoires à l'Hôpital SickKids, à Toronto. Elle a travaillé dans différents établissements allant de petits hôpitaux communautaires à de grands hôpitaux universitaires ainsi que dans des centres de traumatologie à travers les États-Unis. Leonor occupe depuis 2005 le poste d'infirmière spécialiste en laboratoire dans le cadre du programme d'études supérieures en soins infirmiers en salle d'opération au Collège George Brown. Depuis 2013, elle travaille à temps partiel à titre de coordonnatrice de projets cliniques / infirmière en sécurité transfusionnelle au sein du Ontario Regional Blood Coordinating Network (ORBCoN).



Leonor De Biasio, inf.,
B. Sc. Inf., CSP(C).



Depuis combien de temps travaillez-vous en SOP et quel est votre rôle actuel?

Ma carrière en soins périopératoires a commencé il y a plus de vingt ans. Lorsque j'ai obtenu mon diplôme du programme d'études supérieures en soins infirmiers en salle d'opération, en 1996, les emplois à temps plein en soins infirmiers en SOP se faisaient rares et Virginia Warren, la professeure de mon programme, m'a suggéré de saisir l'occasion de devenir une infirmière ambulante. J'ai suivi son conseil et j'ai commencé ma carrière comme infirmière ambulante en SOP. Mon aventure s'est amorcée dans le sud-ouest des États-Unis, dans la petite ville de Las Cruces, au Nouveau-Mexique, où j'ai travaillé durant deux ans. Après avoir occupé divers postes d'infirmière ambulante à travers le sud-ouest des États-Unis, je me suis déplacée vers les côtes ouest et est des États-Unis et, après six années en tant qu'infirmière ambulante, je me suis

retrouvée au Canada à travailler comme infirmière à temps plein à l'Hôpital SickKids, à Toronto. En 2013, après avoir occupé ce poste durant douze ans, je suis passée à un poste occasionnel d'infirmière en soins périopératoires.

Qu'est-ce qui vous a attiré dans les soins périopératoires?

Depuis ma prématernelle, j'ai toujours voulu devenir une infirmière. Je prenais mon stéthoscope et ma trousse médicale en jouet et je faisais semblant que mes parents et n'importe quel visiteur qui entraient dans la maison étaient mes patients. Je n'ai découvert ma fascination pour l'anatomie humaine et la pathologie des maladies qu'au secondaire. Lorsque je suivais mon cours d'infirmière, j'ai découvert que le seul endroit où je voulais vraiment être était en SOP. L'approche collaborative de l'équipe multidisciplinaire prenant soin du patient opéré me captivait et

PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AIISOC (suite)

UNE ENTREVUE AVEC LEONOR DE BIASIO, INF., B. SC. INF., CSP(C).

l'environnement où je pouvais travailler sous pression lors de situations nouvelles et traumatologiques m'attirait.

Selon vous, quelle valeur les infirmières amènent-elles au leadership des équipes de SOP?

De quelle façon votre rôle a-t-il évolué au cours des années?

Au cours des années, on m'a offert de nombreuses opportunités qui ont soutenu mon perfectionnement professionnel en tant qu'infirmière. Ma période comme infirmière ambulante m'a aidée à apprécier et à comprendre les nombreuses façons d'exercer la médecine à travers l'Amérique du Nord. En raison de mon expérience approfondie au sein de différents établissements et environnements, on m'a donné la chance d'être formatrice en laboratoire clinique (titre qui est plus tard devenu, infirmière spécialiste en laboratoire) dans le programme de soins périopératoires offert par le Collège George Brown. Onze ans plus tard, j'aime encore ce rôle. L'Hôpital SickKids appuie et accorde de l'importance aux connaissances et à l'expertise que les infirmières apportent aux soins de santé et offre aussi aux infirmières de nombreuses occasions de se lancer dans une carrière internationale. L'Hôpital SickKids m'a permis de voyager et d'assumer le rôle de chargé de projet et d'experte en la matière pour un projet à Doha, au Qatar, qui consistait à élaborer un modèle organisationnel de leadership en soins infirmiers et de participer à une évaluation des besoins pour développer un programme de soins infirmiers. Grâce à toutes les occasions dont j'ai bénéficié en tant qu'infirmière en SOP, j'ai pu élargir mon rôle pour inclure le poste de coordonnatrice de projets cliniques avec l'ORBCoN (un organisme financé par la province).

Avant de répondre à cette question, j'aimerais citer le Dr Lance Secreton (1998) : « Le leadership n'est pas une formule ni un programme, mais c'est une activité humaine qui vient du fond du cœur et qui tient compte du cœur des autres. C'est une attitude, et non une routine. »

Les équipes de leadership en milieu périopératoire doivent prendre d'importantes décisions pour créer des pratiques et les améliorer. Je pense que les infirmières en soins périopératoires apportent beaucoup de valeur au leadership des équipes en SOP. J'ai l'impression que nous avons de bonnes relations collaboratives avec les équipes interdisciplinaires, nous prenons des décisions éthiques et éclairées, nous sommes engagés et nous sommes responsables envers la pratique des soins infirmiers.

Quelle formation continue a obtenu votre cheminement? Qu'est-ce qui vous a décidé à le poursuivre?

L'AIIO propose aux infirmières en soins périopératoires de nombreuses occasions de formation continue. Par l'entremise de cette organisation, j'ai suivi un cours en gestion de projets à l'intention des professionnels de la santé. Je crois que quand une personne envisage d'assumer un poste de leadership, cette dernière doit comprendre et savoir comment diriger une équipe et ce cours m'a permis d'acquérir ces compétences.

Depuis ma prématernelle, j'ai toujours voulu devenir une infirmière.

Il existe de nombreux postes de leadership pour les infirmières en soins périopératoires, mais, sans un diplôme d'études supérieures, les postes qui pourraient intéresser une personne nécessiteront peut-être qu'elle

PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AIISOC (suite)

UNE ENTREVUE AVEC LEONOR DE BIASIO, INF., B. SC. INF., CSP(C).

Lorsque des occasions se présentent à vous, SAISISSEZ-LES. N'ayez pas peur d'essayer quelque chose de nouveau, car vous ne savez jamais où ce chemin vous mènera.

entreprene des études supérieures. Dans mon cas, c'est la raison pour laquelle j'ai entrepris ma maîtrise pour avoir plus d'options à ma disposition.

Quels mentors vous ont influencée en tant qu'infirmière et leader? Parlez-nous d'un mentor important dans votre carrière.

La mentore infirmière qui m'a le plus marquée et qui m'a influencée en tant que leader est Janet Anderson. Elle occupe le poste de directrice principale de la qualité à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et a été l'un de mes professeurs à l'Université Ryerson. Au cours de ma carrière, il y a eu une période où je voulais être proactive au sein de la communauté des soins infirmiers, mais je n'avais cependant pas la confiance en moi ou les capacités en leadership nécessaires. Janet Anderson m'a soutenue, s'est efforcée de m'aider du mieux qu'elle pouvait et m'a présentée à la feuée Dre Joan Lesmond qui était une infirmière inspirante et respectée. Je n'oublierai jamais l'impact que ces deux femmes ont eu sur ma carrière en tant qu'infirmière.

Parlez-nous de votre implication au sein de l'AIISOC

L'AIISOC permet aux infirmières en soins périopératoires de partout au Canada de réseauter et d'acquérir des connaissances. Je suis reconnaissante envers cet organisme qui m'a permis de

rencontrer de nombreux leaders en soins périopératoires et d'apprendre de leur expérience. L'AIISOC m'a donné l'occasion de partager mes connaissances et mon expertise par le biais de présentations et, tout récemment, la Revue de l'AIISOC a présenté un article de mon cru au sujet de la sécurité du sang. La rédaction de cet article en vue de sa publication s'est avérée toute une expérience éducative.

Quel avenir entrevoyez-vous pour les infirmières en soins périopératoires qui souhaitent développer leurs compétences de leadership?

Je constate qu'il existe de nombreuses occasions pour les infirmières en soins périopératoires qui souhaitent développer leurs compétences de leadership. J'aimerais que davantage d'infirmières en soins périopératoires mènent dans le domaine de la recherche. Les professionnels de la santé sont constamment à la recherche de nouvelles idées novatrices pour offrir des soins optimaux. Les infirmières en soins périopératoires qui deviennent des leaders dans le domaine de la recherche aideront à renforcer notre profession.

Je crois également que les infirmières en soins périopératoires peuvent contribuer à notre profession en occupant des rôles de leadership dans le domaine de l'enseignement. Non seulement cela permet-il de renforcer leurs capacités de leadership, mais cela aide également à créer des leaders futures.

Un dernier mot rempli de sagesse?

Lorsque des occasions se présentent à vous, SAISISSEZ-LES. N'ayez pas peur d'essayer quelque chose de nouveau, car vous ne savez jamais où ce chemin vous mènera. ✨

SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS

AN INTERVIEW WITH LEONOR DE BIASIO RN, BSCN, CPN(C)

Submitted by: Heather Dow, ORNAC Executive Director.

Leonor De Biasio completed her Nursing Diploma Program at Humber College in 1995. She received her Bachelor of Science Degree in Nursing in 2005, from Ryerson University, and in the same year successfully obtained CNA Certification in the perioperative specialty. Leonor completed the Operating Room Post-Graduate Nursing Program, at George Brown College, in 1996. She is currently pursuing her Master of Education specializing in Educational Leadership.

Leonor has worked as a perioperative nurse at SickKids, in Toronto, since 2002. She has worked in various facilities ranging from small community hospitals, to large teaching hospitals and trauma centres across the United States. Leonor has maintained the position of Nurse Lab Specialist for the Operating Room Post-Graduate Nursing program, at George Brown College, since 2005. Since 2013 she has been in a part-time role as the Clinical Project Coordinator / Transfusion Safety Nurse for the Ontario Regional Blood Coordinating Network (ORBCoN).



Leonor De Biasio RN, BScN, CPN(C)

How long have you worked in the OR and what is your current role?

My perioperative nursing career started over twenty years ago. When I graduated from the Operating Room Nurse Post-Graduate Nursing Program, in 1996, full time OR Nursing jobs were scarce and Virginia Warren, the professor of that program, suggested I take the opportunity to be a travelling nurse. I took her advice and began my career as an OR travelling nurse. I started my adventure in the southwestern US in the small town of Las Cruces, New Mexico, where I worked for two years. After various travelling nursing positions, across the southwestern US, I eventually travelled my way up to the western and eastern coasts of the US and, after 6 years as a travelling nurse, I found my way back to Canada to work as a full-time nurse at SickKids in Toronto. After 12 years I transitioned, in 2013, to a casual perioperative nursing position.

What was it about perioperative nursing that attracted you?

Since I was a pre-schooler I have always wanted to be a nurse. I would take my toy stethoscope and medical bag and pretend my parents, and every visitor that walked into the house, was my patient. It was not until High School that I discovered my fascination with the human anatomy and the pathology of diseases. While in nursing school I discovered that being in the OR was the only place I wanted to be. I was captivated by the collaborative approach of the multidisciplinary team caring for the surgical patient and I was attracted to an environment where I would work under pressure during emergent and trauma situations.

How has your role changed over the years?

Over the years I have been offered many opportunities that supported my professional growth as a nurse. My time as a travelling nurse helped me appreciate and understand the many ways medicine is practiced throughout North America. I was, because of my extensive experience in various institutions and environments, given the opportunity to be a clinical lab instructor (later changed to Nursing Lab Specialist) at George Brown College for the perioperative nursing program. I still enjoy being in this role eleven years later. SickKids supports and values the knowledge and expertise that nurses bring to health

Since I was a pre-schooler I have always wanted to be a nurse.

SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS (CONT.)

AN INTERVIEW WITH LEONOR DE BIASIO RN, BSCN, CPN(C)

care and also offers many opportunities for nurses to be a part of international work. SickKids provided me with the opportunity to travel and be a project lead and subject matter expert for a project in Doha, Qatar, that involved developing an organizational nursing leadership model as well as being involved in a needs assessment for developing a nursing curriculum. With all the opportunities I have had as an OR nurse I have been able to expand my role to include holding the position of Clinical Project Coordinator with ORBCoN (a provincially funded organization).

What value do RNs bring to the leadership of OR teams?

Before answering the question I would like to quote Dr. Lance Secreton (1998), “Leadership is not a formula or a program, it is human activity that comes from the heart and considers the hearts of others. It is an attitude, not a routine.”

Leadership teams in the perioperative setting have to make important decisions to create and improve practices. I think perioperative nurses bring a great deal of value to the leadership of OR teams. I feel we have good collaborative relationships with interdisciplinary teams, we make ethical and informed decisions, we are committed, and we are accountable to our nursing practice.

What continuing education has supported your journey? And what made you decide to pursue it?

Perioperative nurses are offered many opportunities for continuing education through RNAO. Through this organization I completed a Project Management Course for health care

When opportunity comes knocking at your door TAKE IT.

professionals. I feel that when one is considering any leadership position it is important to understand and know how to lead a team... and this course offered just that.

There are many leadership positions available for us as perioperative nurses, however, without a graduate degree, positions that one might be interested in may require higher education; therefore, it was necessary for me to pursue my master's degree to have more options available.

Tell us about a key mentor in your career.

The nurse mentor that stands out to me, and has influenced me as a leader, is Janet Anderson. She is the Chief Quality Officer at the College of Nurses of Ontario and was one of the professors I had at Ryerson University. There was a time in my career when I wanted to be proactive in the nursing community but did not, however, have the confidence in myself or my leadership abilities. Janet Anderson was supportive, made every effort to assist me in any way, and introduced me to the, now deceased, Dr. Joan Lesmond who was an inspiring and well-respected nurse leader. I will never forget the impact both women had on my career as a nurse.

Tell us about your involvement with ORNAC.

ORNAC is great for networking and education for perioperative nurses nationwide. I am grateful to this

organization to have been able to meet and learn from many leaders in the perioperative nursing. ORNAC has provided me with the opportunity to share my knowledge and expertise through presentations and recently, the ORNAC Journal featured an article I authored on blood safety. Preparing that article for publication was quite an educational experience.

What future do you see for Perioperative RN leaders?

I see many leadership opportunities for perioperative nurses. I would like to see more of us leading in research. Healthcare professionals are constantly searching for new and innovative ideas to provide optimum care. Perioperative nurses becoming leaders in research will help strengthen our profession.

I also believe that perioperative nurses can contribute to our profession by being in leadership roles within education. It not only strengthens their leadership capabilities but it also helps create future leaders.

Any last words of wisdom?

When opportunity comes knocking at your door TAKE IT. Do not be afraid to try something new as you never know where it will lead you. 🍁



Purple
is
the
new
Yellow

KYRA STIRRUPS - NOW AVAILABLE!

www.meditek.ca/kyra



MEDITEK

Here for L.I.F.E.

1.800.567.8400
info@meditek.ca



MAKE THE SMART CHOICE FOR YOUR SURGICAL INSTRUMENTS.

Count on exceptional quality, endurance and value with our stainless steel instruments, available in custom sets or for individual purchase, to meet any procedural need or surgeon reference.

For more information call your local Medline Representative or email canada@medline.com

For more information, call your local Medline representative or email canada@medline.com