

PREMIS UNIÓ A LA INNOVACIO EN GESTIÓ

VII Edició * 2016

INSTITUCIÓ:

HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE MARTORELL

Director-a General o Gerent:

Dr. Manuel Alvarez del Castillo

Adreça:

Avda. Mancomunitats Comarcals 08760 Martorell

Telèfon:

937742020

e-mail:

malvarez@hmartorell.es

Modalitat a la que es presenta:

- Innovació en polítiques d'eficiència en recursos
- Innovació en gestió dels professionals
- Innovació en gestió assistencial de les persones

Guió per a la redacció del Cas de Innovació

Aquest Guió es proposa per a facilitar la recollida dels aspectes més rellevants del cas d'innovació. La Unió utilitzarà aquesta informació exclusivament per a avaluar l'experiència, i com a referència per al relat definitiu del cas que resulti reconegut, per la seva posterior publicació i difusió.

TITOL:

ACTE ÚNIC PREOPERATORI EN EL MARC D'UNA CONSULTA PREANESTÈSICA INFERMERA

PERSONES REFERENTS: Nom, càrrec i e-mail de les persones responsables del projecte:

Montse Sanclemente Dalmau, Infermera referent anestèsia, unitatdolor@hmartorell.es
Dr. Lluís Muñoz Falcón, Cap de Servei d'Anestesiologia, lmunoz@hmartorell.es
Pilar Doretto, Cap de d'Admissions i Programació, pdoretto@hmartorell.es

ABSTRACT: Resum de l'experiència en un màxim de 10 línies

L'acte únic preoperatori ha comportat un canvi en la gestió dels pacients quirúrgics.

L'aplicació d'un protocol de proves preoperatories, la implantació de noves tecnologies i un model de consulta infermera experta en anestèsia, ha permès que la majoria de pacients en un únic desplaçament a l'hospital, se li pugui realitzar les proves preoperatories, la valoració preanestèsica i la informació de tot el procés perioperatori.

REDACCIÓ DEL RELAT:

L'extensió recomanada del relat és entre 5 i 10 pàgines. La redacció del cas hauria de donar resposta detallada a com a mínim les següents dotze qüestions, que es redacten per a motivar la reflexió, i través de les quals s'avaluarà la seva candidatura al reconeixement.

1. Per què ens vam plantejar aquesta iniciativa?
2. Què tractàvem de resoldre?
3. Quina innovació significa per a nosaltres?
4. Com ha estat el seu procés de desenvolupament?
5. Amb quines dificultats i oportunitats ens hem trobat en el camí?
6. Quins elements volem destacar de la gestió del canvi que ha suposat?
7. Quins resultats hem obtingut?
8. A través de quins indicadors mesurem l'impacte de la innovació?
Aporti tres d'aquests indicadors, amb els seus resultats
9. Què interpretem d'aquests resultats?
10. Quin aprenentatge en fem d'aquesta experiència?
11. Què faríem diferent si haguéssim de començar de nou?
12. A quins àmbits pensem és reproduïble aquesta innovació?

El relat no ha de seguir necessàriament la resposta a cada pregunta, però sí ha de referir-se a totes aquestes qüestions.

Un cop redactat en aquest mateix format de processador de textos, cal enviar el relat a l'adreça electrònica: uch@uch.cat, identificant en l'assumpte del missatge el text "Premis a la Innovació" seguit del nom de la institució.

El document ha de ser lliurat abans del dia 31 d'octubre de 2016 per tal de ser acceptat per la seva avaluació. El casos premiats tindran un reconeixement en el decurs de l'acte de l'Assemblea de La Unió que es realitzarà el mes de desembre de 2016.

Moltes gràcies per la seva participació.

La consulta infermera preanestèsica data d'una antiguitat en el nostre centre del 2004.

Als inicis només es beneficiaven d'ella els pacients programats per cirurgia oftalmològica, bàsicament cirurgia de cataractes emmarcada dins un model on la infermeria estava present en tot el procés, des de la consulta fins al dia de la intervenció participant activament en la sedació.

Cal a dir que des del principi sempre s'ha realitzat la supervisió i revisió a posteriori, primer en format paper i posteriorment virtual, per part d'un anestesiològ, que és el referent de la infermera responsable.

Es així i sota la delegació de funcions establerta, que vam decidir avançar al 2013 cap a l'ampliació de la consulta a altres pacients d'altres especialitats quirúrgiques, programats per cirurgia de baixa complexitat i risc anestèsic baix (ASA I-II).

En aquest moment és quan detectem que es realitzaven excessives proves preoperatòries als pacients, sobrepassant les recomanacions del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i les societats científiques (The National Institut for Health and Care Excellence, Societat Catalana d'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor)

Alhora les programacions d'aquestes no seguien un model concret, pel que els pacients podien perfectament necessitar entre 2 i 4 desplaçaments a l'hospital, per realitzar tota l'avaluació preanestèsica.

Per tant ens plantegem fer un cribatge d'aquests pacients, tant pel seu grau de complexitat quirúrgic com pel seu risc anestèsic ASA, abans de realitzar-li les proves, assignant com a responsable d'aquest, a un professional expert en anestèsia, en el nostre cas una infermera, que sota l'aplicació dels protocols consensuats i validats per la institució, i la delegació de funcions prèviament establerta del Cap de Servei d'Anestesiologia, realitzarà l'avaluació preoperatòria en una única visita al centre, exceptuant aquells pacients que pel seu grau de complexitat elevat o el seu alt risc anestèsic hagin de ser valorats per un anestesiològ o necessitin d'interconsulta amb altres serveis o proves específiques, que seran reprogramats un altre dia per la mateixa infermera.

L'avaluació preanestèsica inclourà la realització de les proves preoperatòries segons el protocol establert, la realització de la història anestèsica, la informació sobre el procés anestèsic, la preparació preoperatòria i del procés perioperatori, i la creació d'un espai per la resolució de dubtes i preguntes. En aquest nou model no només es garanteix una avaluació preanestèsica per a tota la població quirúrgica, sinó un apropament de la infermeria assistencial a la comunitat.

A part de la innovació en la gestió dels preoperatoris, és un avenç més en la infermeria, adoptant un model de pràctica avançada, on partint de la formació acreditada, realitza les competències clíniques adients, resolt situacions complexes i fa funcions de gestió, a l'hora que atén directament al pacient i el seu entorn.

L'acte únic preoperatori s'inicia amb una reorganització de la programació quirúrgica, on el pacient un cop visitat pel metge prescriptor de la cirurgia, pot marxar directament del centre, sense necessitat de fer cues per programar-se cap prova.

Es a posteriori, de manera virtual, quan el pacient rep les programacions en els seu telèfon mòbil.

Aproximadament un mes o dos abans de la cirurgia, excepte urgències o urgències diferides, s'avisava al pacient que té programada una analítica (si no té una de l'últim any) i seguidament una visita amb el servei d'anestèsia. És aquí on la infermera comprova la realització de l'analítica i farà el cribatge per la realització de la resta de proves preoperatories segons el protocol:

- Electrocardiograma

Pacients més de 45 anys, excepte si es disposa d'un electrocardiograma anterior, no superior a 1 any, i des de llavors no hi ha res que aconselli un altre.

Pacients menys de 45 anys amb patologia cardíaca coneguda o sospitada (factors de risc), diabetis avançada, hipertiroïdisme, MPOC avançat.

El realitza la infermera en la mateixa consulta.

- Radiografia de Tòrax

NO ESTÀ INDICADA la realització de forma rutinària de la RX de tòrax preoperatoria

i, específicament, no ho està en els següents casos:

- En adults en estat físic preoperatori ASA I i ASA II sotmesos a cirurgia programada de baixa complexitat, independentment de l'edat.
- En adults sans (ASA I) sotmesos a cirurgia d'alta complexitat, menors de 60 anys.
- En la població infantil no està indicada en termes generals.

ESTÀ INDICADA en pacients de qualsevol edat que, per la patologia que motiva la intervenció o per la comorbiditat associada, valorada prèviament (història clínica, anamnesi i exploració física), es consideri indicada expressament la realització de la RX de tòrax.

La infermera té una agenda per la realització al moment dins l'àrea de Radiodiagnòstic.

Tanmateix i a l'hora, realitza el cribatge del Grau de Complexitat Quirúrgic i el Risc Anestèsic ASA.

En aquells pacients que el Grau de Complexitat Quirúrgic sigui superior a 2 i/o el Risc Anestèsic ASA superior a II, la infermera programarà una visita amb la consulta d'anestesiòleg, coordinant que el temps sigui l'adequat per la correcta preparació anestèsica- quirúrgica (retirada anticoagulants/antiagregants, protocol estalvi de sang en cirurgia protèsica, etc...)

En aquells pacients de Grau Complexitat Quirúrgic 1 i 2 i /o Risc Anestèsic ASA I i II la infermera:

- Realitza la historia anestèsica informatitzada (el que permetrà que l'anestesiòleg pugui realitzar la revisió i validació 24 hores després).
- Dona la informació referent a la preparació anestèsica- quirúrgica
- Dona la informació sobre les pautes dels tractaments farmacològics domiciliaris el dia de la cirurgia seguint els protocols validats.
- Detecta problemes socials o familiars com la necessitat de recursos a l'alta, criteris Cirurgia Major Ambulatòria.
- Resolt les dubtes o pors del pacient i /o familiars, sempre dins de les seves competències.

Actualment es una consulta totalment implantada al centre i que abarca tota la població quirúrgica, que s'ha basat amb una implantació gradual des del 2004, essent creiem un del pilars del model: la experiència.

El treball en equip dels diferents servis representats en un acte preoperatori ha permès arribar a uns bons resultats en aquest projecte.

La implicació dels serveis administratius de programació, el servei d'anestesiologia i la infermeria d'anestèsia ha estat bàsic i el principal motiu de l'èxit.

Els primers dubtes i reticències a la implantació del projecte, han quedat esvaïts quan s'han obtingut els primers resultats.

No obstant, sempre hi ha sectors i/o persones més reticents a la innovació i el canvi, però la experiència ens diu que treballant amb professionalitat, dins els paràmetres de la legalitat i amb una bona coordinació, els resultats superen les dificultats.

Els resultats obtinguts impliquen millores en diferents àmbits:

- Reducció del cost econòmic en proves preoperatories.
- Reducció en la freqüentació dels pacients al centre.
- Reorganització dels recursos professionals.
- Millora de la qualitat assistencial.
- Visibilització infermera en la població quirúrgica.

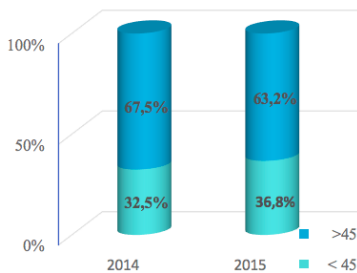
Per tal de mesurar els resultats obtinguts es va fer un estudi comparatiu observacional transversal.

Es van comparar dos mostres en dos anys consecutius abans i després de la implantació del nou model de l'acte únic preoperatori. Taules 1 i 2.

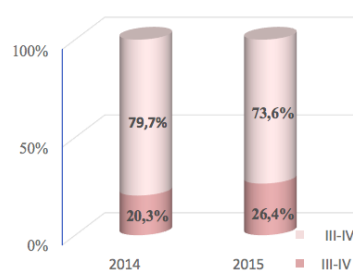
Les variables estudiades van ser: Edat, Risc Anestèsic ASA, E.C.G., Rx Tòrax, Nombre Desplaçaments, Derivació Anestesiologia.

Les dades es van tractar amb el programa R versió 3.2.4 © 2016, The R Foundation for Statistical Computing.

Taula 1. EDAT



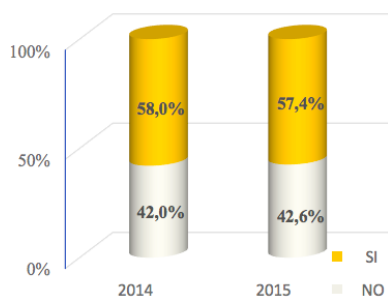
TAULA 2. ASA



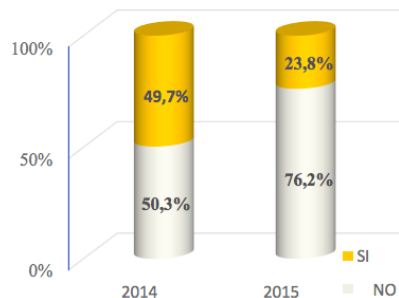
Els resultats van ser molt positius i estadísticament significatius:

- Les proves preoperatories van disminuir en un 29,4% en la seva totalitat.
- Els electrocardiogrames van tenir una disminució poc significativa, un 1,7%, però sí que es va veure una aplicació més racional del protocol, realitzant aquells que complien les condicions només. Taula 3.
- Les radiografies de tòrax sí que van disminuir en un 47,8%, essent significativament estadístic, comportant el conseqüent estalvi econòmic així com una disminució de la exposició radiològica de la població quirúrgica. Taula 4.
- La freqüentació dels pacients a l'hospital va ser el resultat més positiu, disminuint a només el 28% dels pacients els que havien de retornar en una segona ocasió per acabar la avaluació preanestèsica. Així doncs en un 72% dels pacients s'ha pogut realitzar l'acte únic preoperatori. Taula 5.

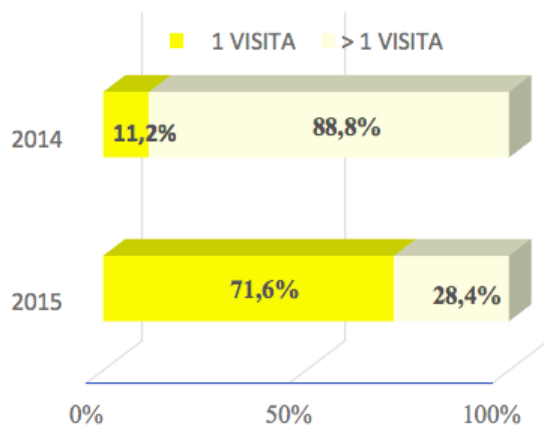
Taula 3. ECG



Taula 4. Rx Tòrax



Taula 5. Freqüentació



Per tant podem descriure tres indicadors de millora de qualitat:

- Disminució realització electrocardiogrames: S'han realitzat un 1,7% ECG menys
- Disminució Radiografies de tòrax: S'han realitzat un 47,8% de radiografies menys.
- Freqüentació dels pacients a l'hospital: Un 71,6% dels pacients realitzen la avaluació anestèsica en un sol desplaçament a l'hospital, en front del 11,2% en el model anterior.

Amb tots els resultats podem concloure que:

- L'aplicació d'un protocol de preoperatoris en el marc d'una Consulta Preanestèsica Infermera ha demostrat ser **eficaç**, en quant a una reducció significativa de les proves realitzades.
- Malgrat ens els electrocardiogrames no ha hagut una disminució significativa, sí que s'ha observat una aplicació més **racional** del protocol.
- L'Acte Únic Preoperatori ha permès disminuir la **freqüentació** dels pacients a l'hospital, contribuint a una millora de la qualitat assistencial.
- El nou model ha permès incloure en la cartera de serveis del centre una Infermera Preanestèsica referent per **tota** la població quirúrgica.

Aquesta experiència ens ha permès treballar en equip diferents serveis assistencials i administratius d'un centre , per un únic objectiu comú: la reorganització de recursos, la millora en la gestió assistencial i una millora en la qualitat de les cures al pacient. De la experiència s'aprèn que no som professionals individuals que treballem per curar un pacient, sinó que aquest és el centre de les cures on interactuem tots els professionals que intervenim en el seu procés, cadascú al seu nivell.

Es important perquè aquests models de treball en equip funcionin, que hi hagin diferents professionals formats i preparats per realitzar les tasques diàries. Si el model recau en una única persona, pot arribar a fracassar en algunes ocasions.

L'aplicació del model es perfectament exportable a qualsevol centre assistencial quirúrgic, sempre que els professionals interessats i que formen part de l'equip compleixin els tres punts bàsics: Formació acreditada, delegació de funcions i protocols consensuats.