



## VIII edició Premis La Unió a la Innovació en Gestió

### Qüestionari 2017

---

**ENTITAT: FUNDACIÓ HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE MARTORELL**

Adreça: AVDA MANCOMUNITATS COMARCALS

Població: MARTORELL

Persona de contacte: Dr. Manuel Álvarez del Castillo

Telèfon: 937753260

e-mail: malvarez@hmartorell.es

Persones responsables del projecte (Nom, càrrec i e-mail)

Sra. Montserrat Sanclemente Dalmau. Coordinadora Infermeria d'anestèsia.

[msanclemente@hmartorell.es](mailto:msanclemente@hmartorell.es)

Dr. Lluís Muñoz Falcón. Cap de Servei d'Anestesiologia. [lmunoz@hmartorell.es](mailto:lmunoz@hmartorell.es)

Sra. Miriam Algarra Ramos. Directora d'Infermeria. [malgarra@hmartorell.es](mailto:malgarra@hmartorell.es)

Modalitat a la qual es presenta:

- Innovació en polítiques d'eficiència en recursos
- Innovació en gestió dels professionals o gestió assistencial
- Innovació en gestió d'aliances estratègiques

## Guió per a la redacció del Cas d'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:**

EQUIP D'ANESTÈSIA: MODEL DE GESTIÓ AVANÇADA

---

### **ABSTRACT** (Resum de l'experiència en un màxim de 10 línies):

L'infermeria d'anestèsia en els últims anys ha anat guanyant terreny en la consolidació d'uns rols avançats. La legislació i situació actual permet que estigui desenvolupant les seves tasques en uns àmbits nous, amb la integració de la infermera experta a l'equip d'anestèsia, de manera que s'unifiquin els objectius, on la cura i el benestar del pacient, sigui el comú a tots els integrants. Les consultes preanestèsiques, el seguiment del dolor postoperatori i l'atenció en les sedacions en les proves endoscòpiques, són un exemple del treball en equip al nostre centre. En aquest últim àmbit, l'atenció integral del pacient, des d'una consulta virtual telefònica prèvia a la prova, l'acollida del pacient, seguiment i monitorització de la sedació sota una delegació de funcions, fins al suport en l'adaptació al medi posterior i l'educació sanitària a l'alta, suposen una millora qualitativa en els circuits assistencials.

---

## **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](mailto:uch@uch.cat), identificant en l'assumpte del missatge "**VIII edició Premis a la Innovació en Gestió 2017 - seguit del nom de la institució.**"

El document ha de ser **lliurat abans del dia 31 d'octubre de 2017** 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 2017.

Moltes gràcies per la vostra participació.

L'infermeria d'anestèsia com a rol de pràctica avançada ha estat present al nostre centre des de l'any 2004 quan es va iniciar la consulta preanestèsica infermera. El rol autònom que exerceixen aquestes professionals es complementa amb el rol de col·laboració mitjançant protocols validats per la institució. La disponibilitat d'infermeres expertes al centre, junt amb els bons resultats que s'han obtingut en els àmbits on s'han anat introduint, ha motivat als gestors i direccions, a incorporar nous rols i models de gestió. Concretament en l'àrea de gabinets d'endoscòpies.

L'increment de proves diagnòstiques i terapèutiques endoscòpiques a partir de programes com el Cribratge Poblacional del Càncer Colorectal i la major sensibilització de la societat, junt amb una generalització de la qualitat en la realització d'aquestes proves amb anestèsia, va fer replantejar-se el model preexistent en el nostre centre, on els responsables de les sedacions en aquestes proves eren en la majoria d'ocasions els digestòlegs.

En termes de seguretat i qualitat en anestèsia, Joint Commission estipula que davant un acte anestèsic, els professionals han de tenir una formació específica i no poden realitzar una altre activitat al mateix temps. Paral·lelament The World Federation of Societies of Anesthesiologists en la Declaració de Helsinki envers la Seguretat del Pacient en Anestesiologia, va concloure que un acte anestèsic el pot realitzar un professional no mèdic, sempre i quan tingui una formació acreditada i estigui supervisat per un anestesiològ.

Per tal de garantir les guies de seguretat mundials, la legislació del país, Artículo 9. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003, i assolir uns estàndards de qualitat assistencial, ens vam plantejar organitzar un equip d'infermeria d'anestèsia, coordinat per una infermera i que s'integrés funcionalment amb l'equip d'anestesiologia, però amb dependència organitzativa i jeràrquica de la Direcció d'Infermeria del centre.

Aquestes infermeres, totes elles amb una formació postgraduada en anestèsia, i amb una experiència anestèsica-quirúrgica, formarien part del model de sedacions en endoscòpies, juntament amb un anestesiològ responsable. Així mateix s'integraria al procés una consulta virtual infermera que es realitzaria una setmana abans de la prova, on a més de fer una valoració preanestèsica, assolint així els criteris de Joint Commission, faria educació sanitària al pacient envers la preparació específica de la prova.

Aquest nou model va representar un canvi dels circuits assistencials, així com una reorganització de les agendes i de les estructures de treball dels professionals.

En una organització on la innovació es present en el dia a dia, era un esgraó més a assolir. El treball en equip anestesiologia – infermeria suposava un repte per tots els implicats, i un pas endavant per emmillorar-nos en altres models organitzatius fora de les nostres fronteres. L'inici d'una consulta no presencial, utilitzant les possibilitats que ens ofereixen les noves tecnologies, també va suposar una innovació tecnològica, i la col·laboració de molts professionals de diferents àrees.

Les principals dificultats han estat com sempre que es produeix una innovació, la por als canvis, a sortir de l'àrea de confort per part dels propis professionals. Dubtes que s'han anat resolent amb el suport continu tant per part de les direccions, com dels coordinadors amb la presència constant en les àrees de pràctica clínica.

Per part dels pacients no s'han observat dificultats, tot lo contrari, expressant la seva satisfacció per la reducció de visites al centre hospitalari, pel suport i educació de la salut per part de la infermera i la bona sensació al finalitzar la prova amb sedació, apel·lant a una molt bona qualitat assistencial.

## PLA ORGANITZATIU ESTRATÈGIC

PARTICIPANTS:

GERÈNCIA

DIRECCIÓ D'INFERMERIA

CAP DE SERVEI D'ANESTESIOLOGIA

COORDINADORA INFERMERIA D'ANESTÈSIA

CAP DE PROGRAMACIÓ I ADMISSIONS

COORDINADORA DE PROGRAMACIO I ADMISSIONS

OCTUBRE 2016 – GENER 2017

EL-LABORACIÓ DE MODEL ORGANITZATIU, PROTOCOLS

FEBRER – MARÇ 2017

FORMACIÓ EXTERNA DELS PROFESSIONALS INFERMERS

ABRIL 2017

FORMACIÓ INTERNA DELS PROFESSIONALS INFERMERS

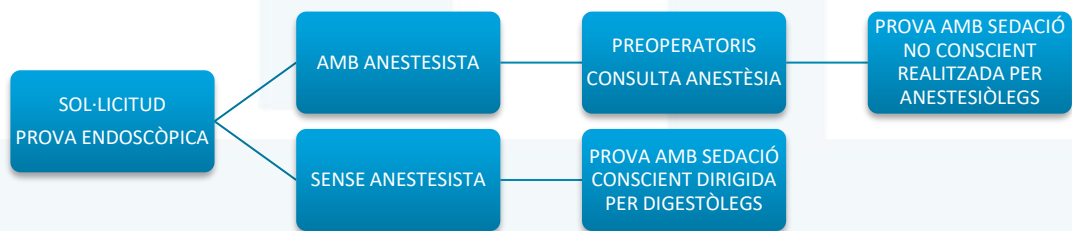
ABRIL 2017

INICI CONSULTA VIRTUAL INFERMERA

MAIG 2017

INICI SEDACIONS ENDOSCÒPIQUES AMB INFERMERS

### CIRCUIT ABANS INNOVACIÓ



---

### CIRCUIT DESPRÉS INNOVACIÓ



## PROTOCOL SEDACIONS FORA ÀREA QUIRÚRGICA

### INTRODUCCIÓ

L'evolució de la pràctica mèdica ha permès realitzar procediments diagnòstics i terapèutics mínimament invasius que requereixen sedació profunda o sedoanalgesia per tal de poder-se realitzar en òptimes condicions de confortabilitat i seguretat.

La demanda de sedació en aquests procediments ens arriba tant per part dels pacients com dels professionals que els realitzen. Els pacients, com és lògic, demanden les mínimes molèsties i la informació boca-boca fa que la immensa majoria reclami una sedació profunda. Per altre banda, els professionals que realitzen els procediments treballen amb més comoditat i seguretat quan el pacient està sedat.

L'endoscòpia digestiva és, de llarg, el procediment més prevalent que precisa de sedació. Actualment, ningú qüestiona els beneficis de la sedació en els procediments endoscòpics digestius.

Una qüestió àmpliament debatuda és qui ha de realitzar aquest tipus de sedacions. En el nostre centre s'ha optat per a que sigui l'equip d'anestèsia el responsable de totes les sedacions del centre. En el cas de les endoscòpies digestives, on hi ha dos gabinets simultanis, s'ha optat per a la delegació de funcions per part de l'anestesiòleg en infermeria d'anestèsia, de forma que hi hagi una infermera d'anestèsia en cada gabinet administrant la sedació que ha estat prescrita segons protocol per un anestesiòleg de presència física a l'àrea de gabinets. Per tant, l'anestesiòleg prescriu i supervisa la sedació, i està present per intervenir en cas que sigui necessari. D'altre banda, la infermera/er d'anestèsia administra la medicació segons el protocol pautat i monitoritza el pacient durant tot el procediment.

Els professionals d'infermeria d'anestèsia que pertanyen a l'equip d'anestèsia han de complir una sèrie de requeriments per a la realització de les sedacions:

- Formació específica en infermeria d'anestèsia (màster o postgrau segons l'antiguitat)
- Acceptar i ser acceptada per a la delegació de funcions per part d'anestesiologia
- Formació teòric-pràctica intrahospitalària en l'administració de sedació i maneig de les bombes de TCI
- Formació en unitats d'altres hospitals on ja es realitzen aquests tipus de procediments

### PROTOCOLS ASSISTENCIALS

#### 1.- Valoració preanestèsica

Tot pacient que hagi de ser sotmès a una sedació ha de ser avaluat prèviament per tal de conèixer el seu estat de salut. Per això, es realitzarà una consulta via telefònica una setmana abans del dia previst per a la prova. En aquesta trucada la infermera d'anestèsia portarà a terme un qüestionari de salut dirigit a l'àrea d'anestesiologia. En els casos en que es detecti un pacient d'alt risc anestèsic es derivarà a una consulta amb presència física amb un anestesiòleg.

En aquesta mateixa trucada la infermera d'anestèsia informarà el pacient sobre el procediment de la sedació, el dejuni, la medicació que haurà de prendre o abandonar, aclarirà els dubtes que puguin sorgir i li farà saber que quan arribi haurà de signar el consentiment informat.

En els casos en que es tracti d'una endoscòpia digestiva, es reforçarà l'educació sobre la dieta i la preparació per a la prova.

## 2- Protocol d'administració de fàrmacs

### *a.- Sedació en pacients per a cirurgia oftalmològica:*

Aquest protocol està vigent des de fa anys (veure el protocol específic) i es realitza amb:

- Midazolam 1 mg IV abans d'entrar a quiròfan
- Fentanil 50 µgr abans d'iniciar la cirurgia
- Repetir dosis si s'escau
- Atropina 0,1 mg/Kg si bradicàrdia
- Urapidil 15 mg/15 min si TA elevada

Abans de l'administració de fàrmacs l'anestesiòleg responsable o be el que revisa l'anamnesi de la consulta ha de prescriure a ordres mèdiques o a la gràfica d'anestèsia:

... Aplicar protocol de sedació per infermer/a d'anestèsia ...

### *b.- Sedació en pacients amb bombes tipus TCI:*

De la mateixa manera que en el cas anterior l'anestesiòleg responsable de la sedació haurà de prescriure-la per tal que infermeria d'anestèsia pugui dur-la a terme.

La infermera assignada haurà de comprovar el sistema de monitorització, l'oxigen suplementari, el sistema d'aspiració, el material per al control de la via aèria, així com els fàrmacs anestèsics i complementaris a l'inici de la sessió.

Per a cada pacient es prepararà :

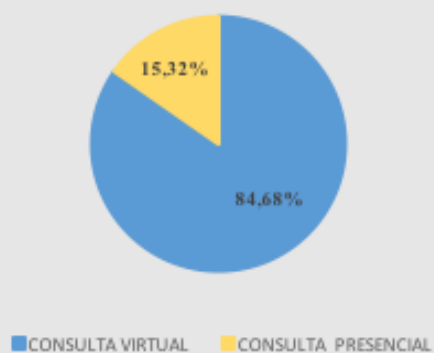
- Remifentanil a una concentració de 20 µgr/ml, carregat en una xeringa de 20 ml.
- Propofol 1%, 30ml carregat en una xeringa de 50 ml.
- Atropina 1 mg sense diluir.

En el cas que es necessiti augmentar les dosis de la perfusió per sobre del protocol per aconseguir el nivell de sedació desitjat, s'haurà d'avisar a l'anestesiòleg responsable.

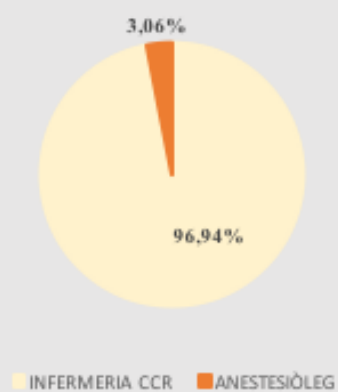


## RESULTATS

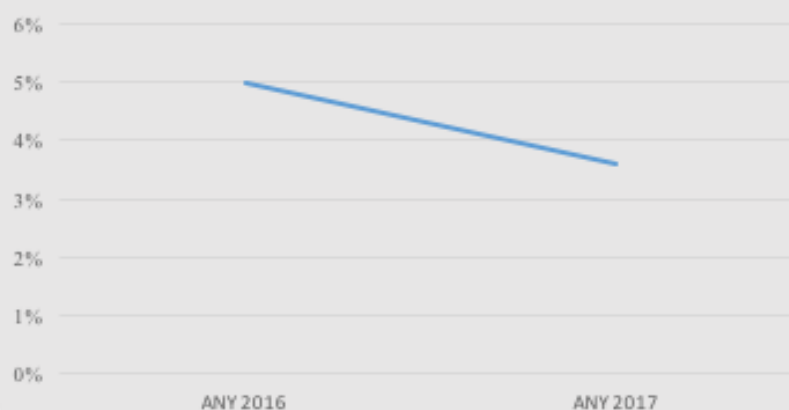
### CONSULTA PREANESTÈSICA (1495 pacients)



### MOTIUS CONSULTA PRESENCIAL



### REPROGRAMACIONS



Els indicadors principals recollits en els resultats han estat:

#### 1. Realització de la consulta preanestèsica:

El 100% dels pacients realitzats(1495) han realitzat una consulta preanestèsica.

#### 2. Realització de consulta virtual

El 84,68% dels pacients es van beneficiar d'una consulta virtual, sense necessitat de desplaçar-se al centre hospitalari.

El 15,32% va ser necessari fer una visita presencial. D'aquests el 96,94% eren pacients inclosos en el Programa de Càncer Colorectal del Institut Català d'Oncologia, el qual requereix aquesta visita informativa en el centre hospitalari.

Només el 3,06%, que correspon a 7 pacients, van haver de ser valorats presencialment a una consulta d'anestesiologia abans de la prova diagnòstica.

#### 3. Reprogramacions i suspensions.

Cap pacient ha estat suspès en el moment de la prova per una contraindicació anestèsica.

S'han hagut de reprogramar el 3,6% de les proves per una mala preparació del pacient, disminuint del 5% que va ocórrer al 2016.

Valorant aquests indicadors, hem arribat a la conclusió que el circuit preanestèsic és eficient i eficaç, doncs no ha hagut cap suspensió per una contraindicació en aquest sentit. Sí que s'ha d'impulsar una millora en la informació de la preparació intestinal, doncs malgrat la disminució en referència altres anys es obvia, l'objectiu a assolir ha de ser 0.

Per concloure, l'experiència viscuda aquest any tenint l'oportunitat de treballar en un equip multidisciplinari, amb funcions definides per tots els membres, on hi ha un reconeixement per la infermeria experta i una nova forma de prestar atenció de qualitat, permet estar motivats i seguir treballant per nous projectes.

La reflexió davant els resultats, ens porta a proposar-nos que potser una definició per reconduir aquells pacients que es podien detectar com a febles o amb dèficits en la consulta virtual infermera a l'hora de fer la preparació, ens hagués permès disminuir encara més el número de reprogramacions per mala preparació intestinal.

Lògicament és un dels objectius a millorar, i a tenir en compte per altres institucions a l'hora de plantejar-se l'inici en aquest model, en el que si tots els membres de l'equip, conjuntament amb el suport de les direccions, estan d'acord i motivats, els resultats tant quantitatius com qualitatius arriben a curt termini.