

Realització de l'avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I, per la infermera

ÍNDEX

1. Introducció
2. Marc conceptual
3. Recomanacions per a la implementació del model
4. Membres del grup de treball

1. Introducció

És comú a tot el sector salut de Catalunya la recerca contínua de la millora de la qualitat de l'atenció que rep el ciutadà. En aquest marc, la redefinició dels rols professionals, afavorint la redistribució de competències i potenciant al màxim l'autonomia de cada professional, esdevé fonamental.

L'origen d'aquest document respon a la petició que realitzaren diverses entitats associades per donar resposta a les demandes del sistema sanitari i adaptar-se a la evolució del sector salut. Així, el juny del 2013, es va organitzar des del CSC una jornada centrada en les competències avançades de la infermera, on es presentaren diferents experiències que s'estaven portant a terme en el territori català i on les competències avançades eren ja una realitat.

Amb l'objectiu de donar continuïtat a aquesta jornada, es va acordar elaborar una sèrie de documents amb recomanacions, per ajudar a totes aquelles entitats que es plantegessin implementar alguna de les experiències presentades. La realització de la consulta d'anestèsia preoperatòria de cirurgia de complexitat I (Annex 1), va ser escollida per unanimitat com una de les primeres experiències que calia desenvolupar.

La seguretat i qualitat de l'atenció que rep el pacient en el període perioperatori és responsabilitat de l'anestesiòleg. Tanmateix, entenem que els anestesiòlegs tenen un paper de "director" en l'avaluació preoperatòria, establint criteris d'asimetria pel que fa a intensitat de les proves complementàries preoperatòries i al tipus de visita, entre els pacients sans i candidats a cirurgia de baixa complexitat i els pacients amb alta comorbiditat i/o candidats a cirurgia d'alta complexitat.

És en aquest sentit la infermera, mitjançant delegació de tasques, supervisada i formada específicament pot realitzar l'avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de grau I. A més, hi ha evidència científica que un model de treball en equip d'anestesiologia incloent l'ajuda experta d'infermeria, augmenta la seguretat dels pacients.

Cal tenir en compte que la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (BOE núm. 280, de 22.11.2003) ens ofereix un marc legal perquè es pugui portar a

terme aquest model de treball, ja que en el seu article 9 (Relacions interprofessionals i treball en equip) estableix:

2. *L'equip de professionals és la unitat bàsica en què s'estructuren de forma uni o multiprofessional i interdisciplinària els professionals i demés personal de les organitzacions assistencials per a realitzar efectiva i eficientment els serveis que els són requerits.*
3. *Quan una actuació sanitària es realitzi per un equip de professionals, s'articularà de forma jerarquitzada o col·legiada, en el seu cas, atenent els criteris de coneixements i competència, i si s'escau, al de titulació, dels professionals que integren l'equip, en funció de l'activitat concreta a desenvolupar, de la confiança i coneixement recíproc de les capacitats dels seus membres, i dels principis d'accessibilitat i continuïtat assistencial de les persones ateses.*
4. *Dins d'un equip de professionals, serà possible la delegació d'actuacions, sempre que estiguin prèviament establertes dins de l'equip les condicions d'acord amb les quals aquesta delegació o distribució d'actuacions pugui produir-se. És condició necessària per a la delegació o distribució de les tasques la capacitat per a realitzar-lo per part de qui rep la delegació, capacitat que hauria de ser objectivable, sempre que fos possible, amb l'oportuna acreditació.*
5. *Els equips de professionals, un cop constituïts i aprovats en el si de les organitzacions o institucions sanitàries han de ser reconeguts i recolzats, i les seves actuacions facilitades, pels òrgans directius i gestors de les mateixes. Els centres i institucions seran responsables de la capacitat dels professionals per realitzar una correcta actuació en les tasques que els siguin encomanades en el procés de distribució del treball en equip.*

Per últim subratllar que en cap moment s'ha plantejat aquest document de recomanacions amb l'objectiu de disminuir els ratis de professionals o abaratir el cost dels mateixos. Des del CSC creiem que el model de treball en equip amb anestesiòlegs i infermeres millora el desenvolupament de la pròpia especialitat i el d'infermeria, a l'hora que dona resposta a les demandes de salut i socials actuals.

2. Què entenem per la realització de l'avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I per la infermera

Quan diem que la infermera realitzi l'avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I ens referim a que la infermera porti a terme la visita preoperatòria. Tanmateix, deixem a cada centre la decisió de si només ha de ser la infermera qui vegi a aquests pacients en la consulta d'avaluació preoperatòria o si és l'anestesiòleg qui l'ha d'acabar.

La figura de l'anestesiòleg en tot aquest procés seria el de líder, coordinador i supervisor, el que inclou l'atenció de qualsevol anormalitat detectada durant la valoració preoperatòria efectuada per la infermera.

3. Recomanacions per a la realització de la avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I per la infermera

1. Ha de ser una decisió consensuada entre els professionals i la direcció del centre

Per tal que la infermera pugui realitzar l'avaluació preoperatòria en pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I, és necessari que la direcció n'entengui els beneficis, en promogui la implantació i marqui les directrius.

Per tal que la implementació d'aquest model d'atenció sigui reeixit cal que el projecte sigui compartit tant entre anestesiològics i infermeres com entre aquests i la direcció.

2. Limitar la realització de l'avaluació preoperatòria a pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I per la infermera

El circuit preoperatori s'inicia amb la sol·licitud d'intervenció quirúrgica per part del cirurgià, que ha d'incloure el grau de complexitat de la intervenció i l'estratificació de risc quirúrgic. Si és una cirurgia de complexitat grau I, l'equip d'anestèsia, previ filtratge, decidirà a quin tipus de consulta es derivarà al pacient.

És el cirurgià el responsable de valorar i informar del risc quirúrgic de cada pacient d'igual manera que és l'anestesiòleg el responsable de valorar el risc anestèsic, decidir la tècnica i informar de la mateixa al pacient.

3. La infermera ha d'estar integrada en l'equip de treball

La infermera ha de suposar una ajuda experta als anestesiològics dins l'equip de treball i realitzar aquelles tasques delegades que s'hagin definit clarament dins l'equip.

L'objectiu final és que dins l'equip de treball, la infermera treballi de forma autònoma i coordinada amb la resta de professionals.

4. La infermera que faci l'avaluació preoperatòria ha de tenir la formació especialitzada

És imprescindible que la infermera que realitzi l'avaluació preoperatòria estigui adequadament formada, i que aquesta formació pugui ser objectivable, per exemple, mitjançant el postgrau/màster en Infermeria Quirúrgica, Anestèsia i Teràpia del Dolor.

Tenint en compte que aquesta formació a la llarga comportarà beneficis en quant a eficiència i resolució pel centre, entenem que hauria de ser la mateixa entitat proveïdora la promotora de la formació i qui es fes càrrec del seu cost.

En aquest sentit, seria bo que la infermera com a part de l'equip, estigués implicada i participés de tot el procés quirúrgic. Aquest fet asseguraria el coneixement actualitzat de tot el procés.

5. Ha d'haver-hi vàries infermeres formades i capacitades

Cal tenir un equip d'infermeres capacitades que puguin alternar-se en cas de vacances o incapacitats temporals. D'aquesta manera, s'assegura la continuïtat d'aquest model.

6. Ha d'existir un alt nivell de confiança mútua entre els anestesiològics i les infermeres

És bàsic el treball en equip, la implicació dels professionals i sobretot les relacions de confiança. És essencial que hi hagi confiança mútua entre les infermeres i els anestesiològics per tal que la implementació sigui reeixida.

La infermera ha de ser resolutiva i consultar a l'anestesiòleg davant qualsevol dubte o pregunta.

7. Accessibilitat d'espais entre la consulta infermera i la de l'anestesiòleg

El paper de l'anestesiòleg és el de supervisor, el que vol dir que davant qualsevol anormalitat detectada durant la valoració preoperatòria efectuada per la infermera, ha de poder valorar el pacient. Per això és necessari que l'anestesiòleg estigui accessible fàcil i ràpidament per a la infermera que porta a terme la valoració preoperatòria.

8. Coordinació i lideratge

La coordinació i el lideratge de l'avaluació preoperatòria, ha d'anar a càrrec de l'anestesiòleg. És molt recomanable que aquest sigui un professional que confii en els avantatges d'aquest nou model i que sigui proper a la resta de professionals de l'equip.

9. Consensuar protocols d'actuació

És necessari que abans d'implementar aquest model es consensuïn protocols d'actuació entre els anestesiològics i les infermeres. Cal garantir la millor qualitat assistencial basada en l'evidència i que tots els professionals de l'equip actuïn en base als mateixos criteris.

Aquests protocols han de ser coneguts i compartits per tot l'equip i cal revisar-los periòdicament. Tot això permetrà que les infermeres puguin desenvolupar les seves competències amb més tranquil·litat i seguretat.

10. Sistemes d'informació compartits entre l'anestesiòleg i la infermera

Cal que infermera i anestesiòleg comparteixin els sistemes d'informació, per tal que ambdós en qualsevol moment puguin accedir a la informació del pacient. Cal protocol·litzar de forma consensuada la informació recollida per tal de garantir-ne la seva qualitat.

11. Cal informar al pacient sobre el model

És necessari explicar al pacient el model de realització de l'avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I per la infermera, des d'un bon principi.

12. Consentiment informat

El Consentiment informat és una funció exclusiva i excloent dels metges. La Llei 21/2000 del Parlament ho especifica en el seu article 2.3: *correspon al metge responsable del pacient garantir el compliment del dret a la informació. També han d'assumir responsabilitats en el procés d'informació aquells professionals que l'atenguin o hi apliquin una tècnica o un procediment concret.*

El professional d'infermeria, en el procés del consentiment informat, ha de col·laborar amb el metge per tal d'avaluar el grau d'informació i de comprensió del malalt així com el seu nivell de competència per prendre decisions.

13. Delegació de tasques

La delegació de tasques d'acord amb la Llei d'ordenació de les professions sanitàries és un gest individual, que es fa entre professionals en funció de la mútua confiança.

Per poder fer una delegació de tasques és imprescindible que hi hagi un equip de treball constituït amb protocols establerts i que es pugui objectivar la capacitat del professional a qui se li delega la funció per fer-la, ja sigui mitjançant un títol acadèmic o el reconeixement del propi equip.

Són els responsables dels serveis d'Anestesiologia, juntament amb els d'infermeria, els que han de decidir quines tasques poden ser delegades, com i a qui.

Aquesta delegació de tasques ha de quedar reflectida en un document (Annex 2), on també ha de signar el gerent de l'entitat, el qual és l'últim responsable d'aquesta delegació.

Cal tenir clar que la cobertura per responsabilitat civil i patrimonial és la mateixa en el cas dels metges com de les infermeres.

14. Començar per les tasques més senzilles

A l'implantar aquest model, és recomanable començar per aquelles tasques en les que tot l'equip està d'acord en delegar; solen ser les més senzilles. A partir d'aquí serà més fàcil que es puguin anar assumint d'altres i disminuir la resistència al canvi, si n'existeix.

Annex 1

Grau de complexitat quirúrgica

No hi ha masses escales que realitzin la valoració de la complexitat quirúrgica. Seguint la recomanació de la Societat Catalana d'anestesiologia, Reanimació i Teràpia del Dolor, en el document *Guia pràctica, per valoració de risc preoperatori* fem servir la guia preoperatòria del National Institute for Clinical Excellence del NHS¹ que agrupa les intervencions en quatre nivells segons la probabilitat de sagnia important i/o inadvertida, el temps quirúrgic i la recuperació posterior:

Grau Definició:

I	PROCEDIMENTS MENORS	Aquells en el que l'agressivitat quirúrgica és escassa, es desenvolupen en zones del cos on la probabilitat de sagnia és mínima i en tot cas, si es produís, seria fàcilment detectable.
II	PROCEDIMENTS MITJANS	Aquells amb major probabilitat de sagnia i/o en cas que es produís podria passar inadvertida per desenvolupar-se en una cavitat.
III	PROCEDIMENTS MAJORS	Aquells amb un grau més important d'agressivitat quirúrgica, postoperatori perllongat.
IV	PROCEDIMENTS MOLT RELLEVANTS	Aquells que requereixen cures molt especialitzades o crítiques en el seu postoperatori.

Per tal de facilitar la classificació de les intervencions segons aquesta definició, el grup de proves complementàries de la Societat Catalana d'anestesiologia, Reanimació i Teràpia del Dolor, en el document *Guia pràctica, per valoració de risc preoperatori* va elaborar un llistat amb aquelles més freqüents en el nostre entorn:

CIRURGIA COMPLEXITAT GRAU I ²
Cirurgia general i digestiva: fisurectomia, exèresi de lipoma, adenopatia, fibroadenoma, quist pilonidal, cirurgia cara o pell (Ca. Basocel·lular,...), herniorràfia, col·locació drenatge toràcic
Cirurgia ortopèdica i traumatologia: artroscòpia (excepte espatlla), dit de molla, canal carpia, Dupuytren, hàl·lux valgus, reducció incruenta de fractura o amb agulla de Kirschner, reconstrucció de parts toves (tendó, nervi)
Cirurgia maxil·lofacial: extracció de cordals,...
Cirurgia vascular: amputació de dits, varius tècnica CHIVA
Ginecologia: quist de Bartholin

¹ NICE. Preoperative tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery. Clinical Guideline 3. National Institute for Clinical Excellence. NHS. Juny 2003.

² Cal recordar que és l'anestesiòleg qui valorarà el risc anestèsic, en funció dels riscos associats de la tècnica i l'estat previ del pacient. No més en la cirurgia de complexitat grau I que es pugui realitzar sense precisar algun tipus d'anestèsia amb risc conseqüent, es proposa que la infermera realitzi l'avaluació preoperatòria.

Oftalmologia: cataractes, correcció d'estrabisme, glaucoma, evisceració ocular
Otorinolaringologia: miringoplàstia, drenatge timpànic, revisió de cadena, microcirurgia laríngica
Urologia: orquidopèxia, fimosi, vasectomia, biòpsia de pròstata, hidrocele, varicocele, Sachse

Annex 2

Model de delegació d'actuacions per a la realització d'avaluacions preanestèsiques en pacients candidats a cirurgia grau I

Un cop establertes de forma consensuada per l'equip del Servei d'Anestèsia les condicions per a que el personal d'infermeria pugui realitzar l'avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I, comptant amb l'aprovació de la Direcció de l'Hospital....., i havent constatat l'equip, de manera objectiva, que el/la infermer/a..... té els coneixements i la capacitat necessaris per a realitzar les avaluacions preanestèsiques de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I, es proposa delegar-li aquesta funció en les condicions preestablertes que són les aprovades per la Direcció del centre i conegudes per/per la l'interessat/da

El/la senyor/a signa el present document de delegació d'actuacions en senyal de conformitat i acceptació de la delegació.

Lloc i data

Per l'Empresa

Pel Servei d'Anestèsia

L'interessat/da

(Gerent)

(Cap de Servei) ¹

(Infermer/a)

¹ Signa el cap de servei com a responsable de l'equip d'anestèsia, donat que és un acord de l'equip multidisciplinari i és l'equip qui valora les aptituds del delegat i acorda col·legiadament la delegació d'aquesta funció a aquest professional en concret.

Bibliografia

- SCARTD. *El paper de l'infermeria en l'àmbit de l'anestesiologia, reanimació i terapèutica del dolor*. Document de consens i propostes de la societat catalana d'anestesiologia, reanimació i terapèutica del dolor. Novembre 2007
- SCART. Grup de valoració de risc anestèsic-quirúrgic. *Guia pràctica per valoració de risc preoperatori*.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. *Guia de recomanacions sobre el consentiment informat*. 2003
- Mata J, Moral V, Moya MM, Nolla M, Segura C, Valldeperas I, Ferrer AM, Aguilar JL. *¿Es eficaz, segura y eficiente una consulta preanestésica en equipo con enfermería?*. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2007; 54: 279-287.
- RESOLUCIÓ per la qual es dona publicitat al'Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. Consell de Col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya. DOGC 6412 – 8.7.2013
- Posicionament conjunt del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) i del sindicat Metges de Catalunya (MC) davant l'assignació de competències mèdiques a altres professionals de la salut. 16 d'octubre de 2013.

Membres del Grup de Treball

Mireia	Ardévol	ConSORCI Sanitari del Maresme
Luisa	Arganda	Badalona Serveis Assistencials
Anna	Bernadàs	Pius Hospital de Valls
Antònia	Bonilla	Hospital Comarcal Alt Penedès
Míriam	Bou	Badalona Serveis Assistencials
Alba	Brugues	Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària
M ^a José	Castillo	Fundació Salut Empordà
Jesus	Cuenca	Grup Sagessa
M. del Miracle	Flores	Hospital Sant Bernabé de Berga
Josep	Fuentes	Pius Hospital de Valls
Montserrat	García	Institut d'Assistència Sanitària
Angeles	Gutierrez	ConSORCI Sanitari Integral
Onel	Morales	Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà
Anna	Ollé	Pius Hospital de Valls
M. Teresa	Peix	Corporació Sanitària Clínic
Anna	Ribera	ConSORCI de Salut i Social de Catalunya
Isabel	Rosell	ConSORCI Sanitari Integral
Asunción	Ruscalleda	Parc de Salut Mar
Julio	Sáinz	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
Jordi	Serrat	ConSORCI Hospitalari de Vic
Dolors	Sintes	Badalona Serveis Assistencials
Mireia	Subirana	ConSORCI Hospitalari de Vic
Maite	Vila	ConSORCI Hospitalari de Vic
Olga	Villa	F. Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa