



QUIN ÉS L'IMPACTE DE LA INFERMERA D'ANESTÈSIA EN ELS RESULTATS DE QUALITAT I/O PRODUCTIVITAT EN ELS PACIENTS I EN ELS HOSPITALS?

M^a Teresa Peix Sagués

Any 2012-2013
Tutor/a: Dra. Eulalia Juvé Udina

INDEX

Resum.....	1
Introducció.....	2
• Problema / pregunta.....	5
Objectius	
• General.....	5
• Específics.....	5
Metodologia	
• Ambit estudi.....	5
• Diseny i tipus estudi.....	6
• Subjectes de estudi. Criteris de inclusió i exclusió.....	6
• Variables de estudi.....	7
• Fonts de informació i recollida de dades.....	8
• Anàlisis de dades.....	8
• Prova pilot.....	8
Aspectes ètics.....	8
Dificultats i limitacions.....	9
Aplicabilitat i utilitat pràctica.....	9
Cronograma	9
Bibliografia.....	11
Anexes.....	14

RESUM

Quin és l'impacte de la infermera de anestèsia en els resultats de qualitat i/o productivitat en els pacients i en els hospitals?

La infermera d'anestèsia és un professional no qüestionat ja a nivell europeu, tot i que les seves competències varien de un país a altre. Els estudis posen de manifest la relació entre formació postgraduada, i, rol autònom. En el nostre entorn manquen estudis que demostrin el impacte de la introducció de la infermera de anestèsia .

L'objectiu principal és avaluar l'efecte de la infermera d'anestèsia en els resultats clínics dels pacients i de productivitat dels professionals.

La metodologia es basa en un disseny analític, observacional, longitudinal i prospectiu. **La mostra** de 237 participants, amb tècnica de mostreig tipus no probabilístic, consecutiu. **La variable independent** és la infermera de anestèsia i **les variables dependents** són el número de anul·lacions quirúrgiques (variable quantitativa) i les seves complicacions (variable qualitativa). **Les dades seran analitzades** amb estadístics descriptius: proporcions, mesures de tendència central i mesures de dispersió.

Paraules clau: infermera de anestèsia, consulta preanestèsia i unitat de endoscòpia digestiva, resultats clínics i resultats de productivitat.

ABSTRACT

What is the impact of the anesthetic nurse in the quality and productivity outcomes about patients and hospital? The anesthesia nurse is an introduced professional in the European environment, but the competences are different from one country to another. The studies show us the relation within postgraduate studies and the autonomy skills. We haven't enough studies to show us the anesthetic nurse impact in our environment.

The main purpose of this study is to evaluated the effect of anesthetic nurse in patients outcomes and productivity outcomes.

Methodology: The study is an analytic, observational, longitudinal and

prospective design. **The sample** will be 237 participants. The sampling technique will be no probabilistic and consecutive. The **independent variable** is the anesthetic nurse and the **dependent variables** are the surgical cancelations (quantitative) and clinical complications in patients (qualitative). Descriptive statistics, proportions, measures of central tendency and dispersion measures will be used to **analyze the data**.

Key words: Anesthetic nurse, pre-anesthetic visit, and digestive endoscopic unit, clinical outcomes and productivity outcomes.

INTRODUCCIÓ

MARC CONCEPTUAL, ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA, JUSTIFICACIÓ

El canvi produït en el món sanitari occidental des de la segona meitat del segle XX endavant és molt gran. Aquest canvi s'ha vist reflectit també en les professions sanitàries que han hagut de estar molt pendents i anar-se adaptant. De la adaptació de una professió als canvis que es produeixen en el seu entorn en depèn en gran manera el seu futur¹.

Els factors de canvi identificats poden agrupar-se en quatre blocs: 1. socials, 2. econòmics, 3. demogràfics, 4. sanitaris.

També hem de considerar la evolució de valors de la societat que ha passat de la cultura de “no estar malalt” a la cultura de “preservar la salut” on de entre altres adquireix especial rellevància la minimització del dolor.

Tots aquests canvis han modificat la oferta sanitària i la pràctica dels professionals cosa que ens aboca a canvis organitzatius referents a la determinació de competències professionals i a la posada al dia dels coneixements.

En quan a les infermeres es refereix, es necessitaran professionals més qualificats en els diferents processos, més hàbils en la presa de decisions, en definitiva més líders ja que com diu M. Tejedor “el producte de la nostra actuació professional ha de arribar a satisfer les demandes socials **existents i les emergents** amb eficàcia i rigor, amb definitiva amb la qualitat que ens faci,

no tant sols necessàries sinó imprescindibles”²

La experiència en el entorn europeu és molt diversa (veure annexa 1 i 2) però segons estudi de la Federació Internacional de Infermeres de Anestèsia (IFNA) el que si es clar es la existència de infermeres de anestèsia de forma reglada en 19 països, encara que no hi ha un consens sobre la formació que cal rebre³. Si comparem la formació rebuda i el rol autònom, podrem concloure que en aquells països en que la formació postgraduada és més específica i de més llarga durada son aquells en els que la infermera té un rol autònom més important⁴

En el món existeixen, bàsicament, dos models professionals, en quan a la infermera de anestesia, el anglosaxó nascut als Estats Units i exportat a països de la seva àrea de influència⁵ i el model europeu o més concretament el francès exportat a països del tercer món a través de la ONG francesa “Metges sense Fronteres”⁶. La diferencia entre els dos radica, fonamentalment, en la independència de les actuacions infermeres i els aspectes legals que això comporta^{7,8,9}.

Els fòrums científics i de experts recullen àmpliament el debat sobre quin model pot ser el millor, debat plasmat en articles i fins i tot cartes i editorials^{10,11,12,13,14,15}.

Des de fa uns anys a l'Estat Espanyol està immers en un procés de canvi de la legislació de les especialitats infermeres i el desenvolupament de cadascuna d'elles^{16,17}.

El debat de la necessitat o no de la infermera de anestèsia en els fòrums de experts, es centra en l'actualitat, en com ha de ser el perfil d'aquest professional i no tant, ja, de si cal o no que existeixi^{12,18}.

L'anestèsia ha passat d'acte puntual, a ser concebut com un procés que va des del preoperatori fins al postoperatori. Tanmateix, moltes de les tècniques i procediments usats abans sols per l'anestèsia, ara, ens són útils per altres processos com el control del dolor^{1,10,11}. L'anestesiòleg ha deixat de ser també un professional que treballa sol per passar a treballar en equip. Hi ha estudis que posen de manifest la necessitat de un treball en col·laboració ja que aquest augmenta la seguretat⁸

Treballar en equip ha de portar a integrar harmònicament les funcions i

competències de cada professional, amb una co-responsabilització per part de tots els membres del equip, desenvolupant les activitats de forma coordinada. El treball en equip no es la suma d'aportacions individuals, sinó que es la complementarietat, la coordinació, la comunicació i la confiança. Es necessari que els programes es planifiquin entre l'equip apuntant cap a un objectiu comú¹⁹

A Catalunya, segons una enquesta realitzada per la associación española de enfermería de anestesia, reanimación y terapia del dolor (ASEEDDAR-td) i la societat catalana d'anestèsia, reanimació i teràpia del dolor (SCART)²⁰, podem veure que existeix una manca de homogeneïtzació, tant en les tasques, com en les intervencions que realitzen les infermeres, sobre tot durant l'acte quirúrgic, ja que en alguns perfils de les unitats com les de despertar (URPA) i clíniques del dolor, la infermeria està molt ben integrada amb funcions pròpies, agenda pròpia administrant medicació segons protocols. En aquesta enquesta també es feia palès, la falta de formació postgraduada específica a la qual li atribuïen gran part dels problemes abans mencionats.

Durant aquests anys la realitat ha anat canviant, les escoles de infermeria atenent a la demanda, han posat en marxa diferents programes de formació postgraduada en infermeria d'anestèsia^{21,22,23}

Tanmateix, alguns centres del nostre entorn i sota el paraigües de la LOPS²⁴, que en el seu article 4, parla del treball en equip, i tenint en compte la regularització de les competències professionals recollides en el document del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, "Competències de la professió infermera"^{25,26}, han posat en marxa projectes més o menys ambiciosos d'equips de anestèsia^{27,28}.

En l'àmbit català actual encara hi ha un debat important, ja no tant sobre la necessitat o no de la infermera de anestèsia, sinó de com s'organitzen els equips de anestèsia, definint competències, funcions i tasques de cada membre del equip, responsabilitats legals de cada un de ells segons legislació vigent i adequació de un programa adient de formació per els professionals infermers.

Arribar a definir aquestes premisses seria equivalent a donar cos a un grup

professional que ja existeix i ha començat a fer camí.

Manquen, però, en el nostre entorn, estudis que demostrin qualitativa o quantitativament quin pot ser l'efecte de la introducció de la infermera de anestèsia. Motiu pel que es fa necessari una valoració en termes de qualitat i/o eficiència dels projectes ja existents, per la consolidació d'un projecte final, que contribuiria a obrir noves vies de actuació i a conformar un marc teòric professional per la especialitat de la infermera d'anestèsia.

PROBLEMA/PREGUNTA

Quin és l'impacte de la infermera de anestèsia en els resultats clínics (qualitatius) i de productivitat (quantitatius) en els pacients i en els hospitals?

OBJECTIU

L'objectiu principal d'aquest estudi és, avaluar l'efecte de la infermera de anestèsia en els resultats clínics (qualitatius) i de productivitat (quantitatius) dels hospitals, dins l'entorn sanitari català en la actualitat.

OBJECTIUS SECUNDARIS

1. Determinar si hi ha diferències en el número d'anul·lacions quirúrgiques entre consultes de preanestèsia fetes per infermeria i consultes de preanestèsia fetes per metges (l'estàndard)
2. Quantificar i comparar si hi ha diferències en la quantitat i gravetat de les complicacions anestèsiques en una unitat d'endoscòpia digestiva, si les sedacions estan fetes per anestesiòlegs o bé per infermeres de anestèsia.

METOLOGIA

AMBIT DE ESTUDI

L'estudi es realitzarà en centres sanitàries catalans que tinguin dins els seus equips interdisciplinaris infermeres de anestèsia, hospital clínic de Barcelona (HCPB) i Hospital de Viladecans (HV).

L'anàlisi de les complicacions anestèsiques en malalts atesos a unitats d'endoscòpia digestiva (objectiu secundari 2), es durà a terme només a l'HCPB.

DISSENY

El disseny per aquest estudi es: ANALÍTIC, OBSERVACIONAL, LONGITUDINAL I PROSPECTIU.

POBLACIÓ. SUBJECTES DE ESTUDI

Criteris de inclusió/exclusió

- Criteris d'inclusió: Tots els pacients de cirurgia programada de matí i tarda que estiguin inclosos en els programes de consulta preanestèsica d'infermeria o a la unitat de endoscòpia digestiva amb edat superior a 18 anys, que no tinguin cap alteració cognitiva.

-.Criteris d'exclusió: Pacients que requereixin cirurgia urgent/emergent, pacients amb antecedents de complicacions anestèsiques prèvies, malalts ASA (American Society of Anesthesiologists) III i IV, que classifica el grau de risc anestèsic.

Mida de la mostra.

Pel càlcul de la mida de la mostra es parteix de una proporció esperada del 5%, amb un nivell de confiança del 95% i una precisió del 0,03. El nombre de episodis de pacients a incloure en l'estudi seria de 203.

Per tal de compensar les possibles pèrdues durant l'estudi s'aplica la fórmula de correcció de la mida de la mostra $N = n / (1 - \% \text{ pèrdues})$, considerant que el % estimat pot ser de un 10%, la mostra final caldrà que sigui de 237 episodis de pacients.

Tècnica de mostreig

La tècnica de mostreig utilitzada en aquest estudi serà no probabilística de tipus consecutiu.

Tot i que es tracta d'un disseny analític, al no ser experimental, l'investigador no té control de la intervenció, i no aplica aleatoritzar els participants

VARIABLES

El **factor de estudi** és la infermera de anestèsia. Entenem com a infermera de anestèsia, aquell professional que dóna o participa en la realització de tècniques avançades o especialitzades i cures respiratòries, resucitació cardiopulmonar i/o altres emergències o serveis de manteniment de la vida quan sigui necessari. Tanmateix participa en l'aplicació de les diferents tècniques tant per el dolor agut, com en el crònic en l'àmbit de les clíniques i unitats de dolor.

Les variables **dependents** del estudi seran:

1. els resultats quantitatius o de productivitat
2. els resultats qualitatis o clínics

Com a resultats quantitatius considerarem la productivitat mesurada en número de anul·lacions quirúrgiques, considerant com anul·lació quirúrgica aquella feta el mateix dia de la intervenció per causes mèdiques (dèficit en la coagulació, falta de proves preoperatòries,...), essent aquesta una variable quantitativa nominal dicotòmica (SI/NO).

Com a variables qualitatives contemplarem les complicacions anestèsiques no previstes següents: dificultats en la intubació, complicacions en la ventilació del malalt, depressió respiratòria, complicacions hemodinàmiques, reaccions al·lèrgiques, xoc anafilàctic, aturada cardíaca.

Com a variables universals considerarem:

- ✓ La edat, entenent que aquesta, degut a que habitualment ve associada a patologia crònica , pot ser un factor que influeixi en les possibles complicacions.
- ✓ La severitat de la patologia aguda, en el moment de la intervenció o procediment endoscòpic. Entenem com a severitat la gravetat del malalt en el moment del procediment donat per el diagnòstic més l'estat clínic del pacient.
- ✓ L'ASA del pacient
- ✓ Patologia crònica associada

RECOLLIDA DE DADES

La recollida de dades es farà durant 9 mesos segons cronograma..

Per la recollida de dades s'utilitzarà un formulari de disseny propi (informatitzat), que conté totes les variables d'estudi.

Les dades seran recollides en el formulari en paper (annex 3 i 4) per part dels professionals de les àrees àmbit d'estudi. Els formularis seran recollits per l'investigador

Per tal de verificar el contingut del formulari de recollida de dades es realitzarà una prova pilota amb 18 malalts.

ANÀLISI

Per l'anàlisi de les dades s'utilitzaran estadístics descriptius: proporcions (x), mesures de tendència central (x), i mesures de dispersió (IC). Per l'anàlisi de les variables principals de l'estudi (variables qualitatives, nominals dicotòmiques), s'empraran també estadístics descriptius i la t-Student ja que compararem i relacionarem dades quantitatives i qualitatives. Les diferències entre grups es consideraran significatives si $p < 0,05$.

ASPECTES ÈTICS

Per la realització de l'estudi es sol·licitaran els permisos pertinents a la Direcció dels centres àmbit d'estudi (HCPB i HV).

En l'estudi, tal i com es contempla, el pacient no tindrà cap intervenció diferent a la que tindria si no fos inclòs en l'estudi. No obstant, serà informat, essent criteri de exclusió el no voler formar part de l'estudi. Els investigadors garanteixen la total confidencialitat de les dades personals, segons legislació vigent.

El projecte es presentarà al CEIC per a la seva avaluació. Donada l'absència d'intervenció en l'estudi i la seva orientació eminentment observacional, es sol·licitarà al CEIC que valori la possibilitat d'obviar el procés de consentiment informat.

En cas de que el CEIC valori la necessitat de consentiment informat el

investigador aporta model (annex 5).

L'investigador s'adhereix a les consideracions ètiques recollides a la Declaració de Hèlsinki i les seves esmenes posteriors.

La investigadora no té cap conflicte d'interès amb el resultat de l'estudi.

DIFICULTATS I LIMITACIONS

Es obvi que l'estudi tindrà totes aquelles limitacions pròpies de un estudi observacional.

Hi ha poques experiències a nivell nacional en infermeria de anestèsia i els resultats del estudi sols podrien comparar-se amb estudis de altres països.

Ens podem trobar al llarg del estudi, amb canvis organitzatius estructurals, ja que degut a la crisi econòmica global i especialment en el món sanitari, poden desaparèixer programes fins ara establerts. Ens podem trobar, que centres que han apostat per la consulta preanestèsia d'infermeria, decideixin prescindir d'ella.

Altres limitacions, poden ser el registre oportú del motiu de la suspensió quirúrgica i els re-ajustaments del programes quirúrgics.

Un canvi de procediment per part del cirurgia, pot fer excloure, també el pacient del estudi.

APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA

Fan falta en el nostre entorn estudis que demostrin quantitativa o qualitativament l'impacte de la introducció de la infermera de anestèsia. Resultats positius en aquest aspecte ajudarien a consolidar i estendre un model en l'estat.

Els resultats de aquest estudi podrien contribuir a identificar el grau de formació que requereix la infermera d'anestèsia

CRONOGRAMA

A partir de l'aprovació del estudi per part del CEIC farem una prova pilot durant

tres mesos, durant els nou mesos següents es procedirà a la recollida de dades. S'usaran tres mesos per el procés de anàlisi estadístic, i, els últims dos mesos estaran dedicats al informe final i a la preparació d'articles.

mesos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14	15	16	14
prova pilot																	
recollida de dades																	
anàlisi estadístic																	
informe final																	

BIBLIOGRAFIA

1. Castro A, Peix MT. Competencies i funcions de la infermera de anestèsia, reanimació i tractament del dolor. Asociación española de enfermería de anestesia reanimación y tratamiento del dolor. Documento en línea
2. Teixidor M. Conferencia pronunciada en l'Assamblée Nationale. Paris 1999
3. anex 1. <http://ifna-int.org/ifna/news.php>
4. ASA, the American Society of Anesthesiologists; MAC, monitored anaesthesia care. European Journal of Anaesthesiology 2010, Vol 27 No 9.
5. Announcement American Society of Anaesthesiologists. The anaesthesia care team. Scope of Practice for Nurse Anaesthesits 2000. www.asahq.org/washington/nurseanaescope.pdf
6. Recomandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes SFAR Paris. Mai 2002
7. Kaine M, Smith F. An American tale-professional conflicts in anaesthesia in the United States. Implications for the United Kingdom Anaesthesia 2004 58: 793-802
8. Vera Meeusen, Andre' van Zundert, Jaap Hoekman, Chandra Kumar, Narinder Rawal and Hans Knape Eur. Composition of the anaesthesia team: a European survey Eur J Anaesthesiol 2010;27:773-779
9. Jack A. Editorial concerning nurse sedationist. SAAD Dia 2002 19, 15-17
10. Puig M, et al. Management of post operative pain in Spain. Acta Anaesthesiology Scand 2001 45: 465-470
11. Van Klei W et al. The accuracy of trained nurses in preoperative health assessment: results of the open study. Anesthesia 2004, 59: 971-978
12. J. Balust, G. Martínez Pallí, J. Beltrán, P. Taurá. ENFERMERÍA DE ANESTESIA. Cartas al director. REDAR juny 2008: 384-385

13. Canet J, Monedero P. Enfermería de Anestesia en España: ¿una verdad incómoda o la caja de los truenos?. 2007; Rev Esp Anesthesiol Reanim 54(5):265-7
14. Ortiz-Gómez JR, Fornet I, Palacio FJ, Pérez-Cajaraville JJ. Enfermería en anestesia. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2007;54(10):630.
15. Mata J, Moral V, Moya MM, Nolla M, Segura C, Valldeperas I, et al. ¿Es eficaz, segura y eficiente una consulta preanestésica en equipo con enfermería? Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2007;54(5):279-87
16. Real decreto 450/2005, de 22 de Abril, sobre especialidades de enfermería. Boletín oficial del estado nº 108 (6-5-2005)
17. Ovalle M. Las especialidades de enfermería en Europa. Revista de especialidades enfermeras (en línea) 2006. www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm
18. François Clergue. Time to consider nonphysician anaesthesia providers in Europe? European Journal of Anaesthesiology 2010, 27: 761-762.
19. Certification UCA. Universidad de Cádiz, en www.Csintranet.Org/competenciaslaborales/index.
20. Canet J, Gomar C, Castro A, Montero A. Encuesta sobre las funciones de enfermería en anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor en Catalunya. Anàlisis de la situació actual. Rev Esp Anesthesiol Reanim, 2006-sedar.es
21. Master infermeria anestèsia UB www.masterinfermeriaanestesia.
22. Master infermeria anestèsia FUB
23. Master infermeria anestèsia San Joan de Déu
24. LOPS Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 22 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280 (23-11-2003).
25. Consell Català de Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS). Comissió d'infermeria. Competències de la professió infermera. Barcelona. Edita Consell de Col·legis Oficials de diplomats en infermeria de Catalunya 1997/1999.

26. Aportacions sobre la definició de competències infermeres. Col·legi oficial de Infermeria de Barcelona. Direcció de programes. Març 2006
www.coib.org
27. Programa de endoscòpia digestiva del HCP
28. E. Goñi Leránoza, M. Pérez de Albéniz Crespoa. Autoevaluación de competencias por las enfermeras de Anestesiología. Departamento de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Clínica Universidad de Navarra (CUN). Pamplona.

ANEXE 1

SITUACIÓ A EUROPA

Formació

País	Formación específica de anestesia	Tasa enfermeras anestesia/100.000 habitantes	Formación de base en enfermería	Formación específica Teoría	Práctica		Otras
Alemania	SI	2,4	3 a.	800 hr	1.000 hr	Diploma	Combina con cuidados intensivos
Austria	SI	8	3 a.	240 de tronco 120 específicas	360 de tronco 260 específicas	Certificado o diploma	Combina con diálisis y cuidados intensivos
Croacia	NO						
Dinamarca	SI	26	4 a. + 2 a de experiencia	200	70 semanas	Certificado nacional	
Eslovenia	SI	8	4 a. + 2 a de experiencia	2 a	2 a	Diploma	
España	NO						
Finlandia	SI	15	2,5 a de tronco común	2 a	2 a		
Francia	SI	11	3 a.	700 hr	70 semanas	Diploma nacional	Combina con cuidados intensivos y urgencias
Grecia	NO						
Holanda	SI	10	3 a				
Hungría	SI	13	3 a + 2 a de experiencia	7 semanas	32 semanas	Certificado	
Irlanda	SI	?	3 a + 2 a de experiencia	276 h	1674 h		
Islandia	SI	26	4 a	2 a (50%)	2 a (50%)		
Luxemburgo	SI	10	3 a	2 a	2 a		
Noruega	SI	32	3 a	638 h mínimo	18-24 meses	Diploma	
Polonia	SI	12	2,5 – 3 a	580 h	690	Diploma	
República Checa	SI	9	4 a	2 a	2 a	Certificado	
Reino Unido	SI		3 a	24 semanas	24 semanas		
Suecia	SI	22	3 a	1.040 h	760 h		
Suiza	SI	8	3 a + 1 a cuidados intensivos	2 a.	2 a	Certificado	

ANEXE 2



TABLE 1 TYPE OF NONPHYSICIAN ANAESTHESIA PERSONNEL

Anaesthesia person	Tasks	Responsibilities
Nurse anaesthetists	Surgical or diagnostic procedures Administer medication to a patient Intubation, extubation, insert intravenous and arterial lines	No independent activities Administer anaesthesia under direct/indirect supervision of an anaesthesiologist
Circulation nurses	Can be asked to help Prepare medications and intramuscular injections Administer crystalloids and colloids	No direct patient-related role Never allowed to take any responsibility Nursing competences
Anaesthesia technicians	Prepare operating room Check anaesthetic machine, monitor and anaesthetic equipment Transport patient	No direct patient-related role
Anaesthesia physician assistants	Give sedation under MAC Preoperative assessment of ASA I and II patients Start general anaesthesia to ASA I and II patients Some regional anaesthesia blocks	Indirect supervision

ASA, the American Society of Anesthesiologists; MAC, monitored anaesthesia care.
European Journal of Anaesthesiology 2010, Vol 27 No 9

ANEXE 3

MODEL DE RECOLLIDA DE DADES PER A VISITA PREANESTESICA

NOM DEL MALALT/CODIFICACIÓ

--

DIAGNÒSTIC: _____

TIPUS DE INTERVENCIÓ: _____

EDAT: _____

ASA: _____

PATOLOGIA CRÒNICA:

	HTA
	DIABETIS
	AL.LERGIES

MEDICACIÓ ACTUAL:

	ANTICOAGULANTS

ANUL.ALCIÓ QUIRÚRGICA:

NO:

SI:

MOTIU:

ANEXE 4

MODEL DE RECOLLIDA DE DADES PER LA UNITAT DE ENDOCÒPIA DIGESTIVA

NOM DEL MALALT7CODIFICACIÓ

--

DIAGNÒSTIC: _____

TIPUS DE PROVA: _____

EDAT: _____

ASA: _____

PATOLOGIA CRÒNICA:

	HTA
	DIABETIS
	AL.LERGIES

MEDICACIÓ ACTUAL:

	ANTICOAGULANTS

COMPLICACIONS:

	HEMODINÀMIQUES
	DEPRESIÓ RESPIRÀTORIA
	COMPLICACIONS EN LA VENTILACIÓ
	HEMORRÀGIA
	ATURADA CARDIACA
	REACCIONS AL.LERGIQUES
	XOC ANAFILÀCTIC

ANEXE 5

CONSENTIMENT INFORMAT

Sr.

DNI.....

He estat informat sobre la realització del estudi “Impacte de la introducció de Infermeres d’anestèsia en els equips mèdics d’anestèsia”, i, de forma **voluntària**, conscient de que aquest fet **no suposa cap variació** en el meu procediment i donat que els autors del estudi em garenteixen total **confidencialitat de les meves dades personals, consenteixo** en formar part de l’estudi

1. Abandonar l’estudi lliurement en el moment que ho desitgi.
2. No rebre retribució / tracte pel fet de participar en l’estudi.

Nom i firma de la Infermera

Firma del pacient

Data