



Universitat de Lleida

Anàlisi de les competències de les infermeres d'anestèsia a Catalunya al segle XXI

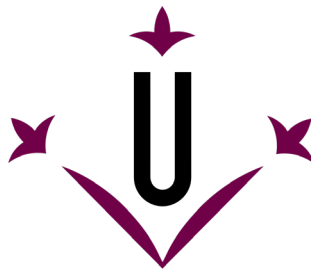
Montserrat Sanclemente Dalmau

<http://hdl.handle.net/10803/688946>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Lleida

TESI DOCTORAL

**ANÀLISI DE LES COMPETÈNCIES DE LES
INFERMERES D'ANESTÈSIA A CATALUNYA
AL SEGLE XXI**

MONTSERRAT SANCLEMENTE DALMAU

Memòria presentada per optar al grau de doctor per la Universitat de Lleida
Programa de Doctorat en Cures Integrals i Serveis de Salut

Directores

DRA. PAOLA GALBANY ESTRAGUÉS

DRA. ESTHER RUBINAT ARNALDO

Tutor

DR. JOAN BLANCO BLANCO

2023

*Quan la nit, nues i plenes de cançons,
vinguin a buscar-te des del mar les sirenes del viatge,
no ho dubtis i emprèn el vol.
Aquí tens el meu desig: camina!
Camina lluny.
Camina com qui vol saber-ho tot.
Camina fins a trencar-te.
Camina.*

Txarango, 2018

AGRAÏMENTS

Després d'aquests cinc anys, en els quals ens hem trobat amb moltes situacions, algunes inesperades, han passat per la meua vida moltes persones a qui he d'agrair el suport, l'ajuda i l'esperança que m'han donat, cada una des de la seva vessant, com a professionals, però sobretot com a persones.

En primer lloc, i ha de ser així, vull agrair el suport al meu marit, Lluís. Sense la seva empenta, no m'hauria matriculat al programa de doctorat el 2017. Només ell sap les hores que vaig plorar al principi, per veure'm superada, i com ell va ser-hi, em va animar i em va ajudar a tirar endavant i créixer com he crescut, com a infermera, com a investigadora, però sobretot com a persona.

Als meus fills, Oriol, Joan i Àlex, que des del primer moment em van donar suport i que han hagut d'aguantar a vegades el mal humor generat per l'estrès. Malgrat tot, sempre han estat allà donant-me un cop de mà quan l'ordinador es rebel·lava contra mi.

A la meua nova gran família, Lluís, Mariana, Arnau, Lluís petit, Sergi, Bea, Marta, Èric, als quals he robat moltes hores d'estar amb ells per llegir i escriure.

Als meus pares, en especial a tu, papa, que te'n vas anar abans de poder veure com defensava aquesta tesi i sé que et feia molta il·lusió, que ho explicaves als teus amics de diàlisi. Des d'on estiguis, segur que avui seràs amb mi.

Als meus germans i cunyats, nebodes, nebots, nebodets petits i nebodeta petita. He enyorat moltes vegades aquests anys poder estar més amb vosaltres, sortir més, tenir petits moments de disbauxa i riures.

A les meues directores, la Dra. Esther Rubinat Arnaldo i la Dra. Paola Galbany Estragués, per l'acompanyament, l'aprenentatge al seu costat, la paciència i els ànims en alguns moments en què em trobava desbordada. Vull fer un agraïment especial a Paola, que, ara fa sis anys, en aquell despatx de la UAB, quan tot just feia el TFM, em va parlar del doctorat i em va fer veure que era una fita assolible per a mi. Sense aquella reunió, potser avui no seríem aquí.

Al meu tutor, el Dr. Joan Blanco Blanco, que sempre m'ha aconsellat i m'ha respost tots els dubtes ràpidament i resolutivament.

A la Dra. Montserrat Comellas Oliva, per la seva col·laboració durant el procés d'elaboració del qüestionari, i els ànims durant aquests anys.

Al Dr. Xavier Palomar Aumatell, per la seva contribució en el procés metodològic, i com a moderador del grup focal. Les seves paraules i missatges m'han donat llum moltes vegades.

A la Dra. Gloria Jodar Solà i la Dra. Olga Canet-Vélez per les seves aportacions i comentaris que han fet enriquir la investigació.

A Alicia Latorre Cascante, per la seva sensibilitat i la seva capacitat d'entendre'm pel disseny de la portada.

A les infermeres expertes Lucía Cao, Daniel López i Neus Párraga, per haver fet la prova pilot del qüestionari, i per estar sempre disposades a donar un cop de mà.

A totes les infermeres participants durant la investigació. Sense elles no hauria estat possible. La pandèmia de la COVID-19 les va portar a treballar en algunes èpoques 12 hores diàries i arrossegar un esgotament físic i emocional. Però em van acollir, es van oferir i hi van participar i col·laborar activament. Gràcies!

Als socis i sòcies de l'Associació Catalana d'Infermeria d'Anestèsia per haver respost a les demandes i mantenir la infermeria d'anestèsia en un gran nivell.

Al Dr. Carles Hervàs i Puyal per la seva ajuda en la recerca de la història de la infermera d'anestèsia al nostre país.

A les meves companyes de feina, especialment a l'Ariadna Graells i la Dra. Esther Insa i la Dra. Astrid Escrig, que han confiat en mi i m'han donat suport durant tot aquest temps.

A totes les infermeres d'anestèsia de Catalunya, per tota la lluita que fa anys que dueu a terme de manera invisible, que espero amb aquesta tesi treure a la llum.

RESUM

INTRODUCCIÓ I ANTECEDENTS

La infermera d'anestèsia té una llarga història documentada mundialment, però no és així a Catalunya, en què només hi ha constància en els últims quinze anys. En aquest període s'han dut a terme formacions específiques en anestèsia per a infermeres en l'àmbit universitari, i s'han consolidat llocs de treball per a infermeres en aquest àmbit. Aquest desenvolupament i creixement de la professió ha tingut lloc sense un marc competencial definit ni cap regulació nacional ni autonòmica, sinó que ha estat marcat per una organització interna dels centres hospitalaris, que ha donat lloc a diferents situacions, depenent del centre de treball.

OBJECTIU

Analitzar el desenvolupament competencial de les infermeres d'anestèsia en la pràctica clínica als centres hospitalaris catalans.

MÈTODE

Per tal de donar resposta a l'objectiu proposat, s'ha utilitzat una metodologia mixta explicativa seqüencial (DEXPLIS). La durada total de l'estudi va ser de 15 mesos. Les participants es van seleccionar a partir d'un mostreig intencionat de centres hospitalaris d'aguts de Catalunya. En la primera fase es van recollir dades quantitatives a través d'una tècnica Delphi, per una posterior anàlisi descriptiva utilitzant mesures de distribució de freqüències, de tendència central i de variabilitat. En la segona fase qualitativa es van recollir les dades a partir d'un grup focal, elaborant una anàlisi inductiva de contingut temàtic.

RESULTATS

Es van recollir 108 competències específiques, distribuïdes en 68 com a Infermera experta, 5 com a Infermera comunicadora, 5 com a Infermera col·laboradora, 8 com a Infermera gestora, 7 com a Infermera defensora de la salut, 8 com a Infermera educadora/docent i 7 com a Infermera professional.

CONCLUSIONS

El marc competencial de les infermeres d'anestèsia de Catalunya s'estableix d'acord amb el que defineix la Federació Internacional d'Infermeres d'Anestèsia. Aquest marc s'ha de considerar i regular en tot l'àmbit territorial per reconèixer aquesta infermera en l'equip de salut, i a través del seu rol en l'equip d'anestèsia, millorar l'accés als procediments anestèsics de la ciutadania, així com la seguretat i la qualitat de les cures anestèsiques.

Paraules clau: *competències, infermera pràctica avançada, infermera anestesista.*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La enfermera de anestesia tiene una larga historia documentada a nivel mundial, pero no es así en Cataluña, en la que solo hay constancia en los últimos quince años. En este periodo se han desarrollado formaciones específicas en anestesia para enfermeras en el ámbito universitario, y se han consolidado lugares de trabajo para enfermeras en este ámbito. Este desarrollo y crecimiento de la profesión se ha realizado sin un marco competencial definido ni ninguna regulación nacional ni autonómica, sino que ha estado marcado por una organización interna de los centros hospitalarios, dando lugar a diferentes situaciones dependiendo del centro de trabajo.

OBJETIVO

Analizar el desarrollo competencial de las enfermeras de anestesia en su práctica clínica en los centros hospitalarios catalanes

MÉTODO

Para dar respuesta al objetivo propuesto se ha utilizado una metodología mixta explicativa secuencial (DEXPLIS). La duración total del estudio fue de 15 meses. Las participantes se seleccionaron a partir de un muestreo intencionado de centros hospitalarios de agudos de Cataluña. En la primera fase se recogieron datos cuantitativos a través de una técnica Delphi, para un posterior análisis descriptivo utilizando medidas de distribución de frecuencias, de tendencia central y de variabilidad. En la segunda fase de tipo cualitativo se recogieron los datos a partir de un grupo focal, realizando un análisis inductivo de contenido temático.

RESULTADOS

Se recogieron 108 competencias específicas, distribuidas en 68 como Enfermera Experta, 5 como Enfermera Comunicadora, 5 como Enfermera Colaboradora, 8 como Enfermera Gestora, 7 como Enfermera Defensora de la salud, 8 como Enfermera Educadora/Docente y 7 como Enfermera Profesional.

CONCLUSIONES

El marco competencial de las enfermeras de anestesia de Cataluña se enmarca en el definido por la International Federation of Nurse Anesthetists. Este marco debe reconocerse y regularse en todo el ámbito territorial con el fin de reconocer esta enfermera dentro del equipo de salud, y a través de su rol en el equipo de anestesia, mejorar el acceso a los procedimientos anestésicos de la ciudadanía, así como la seguridad y la calidad de los cuidados anestésicos.

Palabras clave: *competencias, enfermera práctica avanzada, enfermera anestesista.*

ABSTRACT

BACKGROUND

The nurse anesthetist has a long-documented history worldwide, but this is not the case in Catalonia, in which there is only evidence in the last fifteen years. In this time frame, specific training in anesthesia for nurses in the university environment has been developed, and jobs have been consolidated for nurses in this field. This development and growth of the profession has been carried out without a defined competence framework or any national or autonomous regulation but has been marked by an internal self-organization of hospitals, giving rise to different situations depending on the workplace.

AIM

To analyze the competence development of nurse anesthetists has occurred in their clinical practice in Catalan hospitals.

METHODS

In order to respond to the proposed aim, a mixed sequential explanatory methodology (DEXPLIS) has been used. The total duration of the study was 15 months. The participants were selected from an intentional sampling of acute hospitals in Catalonia. In the first phase, quantitative data were collected through a Delphi technique, for a subsequent descriptive analysis using measures of frequency distribution, central tendency and variability. In the second qualitative phase, data were collected from a focus group, performing an inductive analysis of thematic content.

RESULTS

After the final analysis, 108 specific competencies were collected, distributed in 68 as Expert Nurse, 5 as a Communicating Nurse, 5 as Collaborating Nurse, 8 as Nurse Manager, 7 as Nurse Health Advocate, 8 as Nurse Educator/Teacher and 7 as Professional Nurse.

CONCLUSIONS

The competence framework of nurse anesthetists in Catalonia is framed within the framework defined by the International Federation of Nurse Anesthetists. This framework must be recognized and regulated throughout the territorial scope in order to recognize this nurse within the health team, and through its role in the anesthesia team, improve access to anesthetic procedures of citizens, as well as the safety and quality of anesthetic care.

Keywords: *competences, advanced practice nurse, nurse anesthetist.*

ÍNDEX

LLISTAT D'ACRÒNIMS I SIGLES	15
LLISTAT DE FIGURES	17
LLISTAT DE TAULES	21
INTRODUCCIÓ	25
MARC TEÒRIC	31
Història de la infermera d'anestèsia	31
La Federació Internacional d'Infermeres d'Anestèsia	39
Marc Competencial de les Infermeres d'Anestèsia	41
Infermera de Pràctica Avançada.....	46
Model Integratiu de Hamric	52
Situació de la Infermera de Pràctica Avançada	55
Marc Sanitari Català	67
Pla de Salut de Catalunya.....	71
OBJECTIUS	75
Objectiu General	75
Objectius Específics	75
METODOLOGIA	79
Paradigma de Recerca	79
Enfocament Metodològic Quantitatiu	81
Enfocament Metodològic Qualitatiu.....	81
Disseny de l'Estudi	82
Població i Àmbit d'estudi.....	83
Mostra i Mostreig	84
Criteris d'Inclusió i Exclusió	84
Recollida de Dades.....	85
Primera fase. Tècnica Delphi	85
Segona fase. Grup focal	95

Consideracions Ètiques	99
Criteris de Rigor en la Investigació.....	100
RESULTATS	107
Primera Fase. Mètode Delphi.....	107
Resultats de la primera ronda	112
Resultats de la segona ronda	131
Segona fase. Grup focal.....	135
Categoria «Perfil de la infermera d'anestèsia»	139
Categoria «Vivències de la pràctica clínica».....	154
Categoria «Aspectes socioculturals de la incorporació de la infermera d'anestèsia»	161
Categoria «Propostes de futur»	166
Marc competencial actualitzat de les infermeres d'anestèsia de Catalunya	172
DISCUSSIÓ	183
FORTALESES I LIMITACIONS DE L'ESTUDI	209
FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ	213
CONCLUSIONS	217
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	221
ANNEXOS.....	245
Annex A. Primer qüestionari.....	245
Annex B. Segon qüestionari	270
Annex C. Document Aprovació Comitè Ètica.....	275
Annex D. Document d'informació pels participants	276
Annex E. Consentiment informat	278

LLISTAT D'ACRÒNIMS I SIGLES

AANA:	American Association of Nurse Anesthetists / American Association of Nurse Anesthesiologists
ANA:	American Nurses Association
ASA:	ASA Physical Status Classification System
ACIARTD:	Associació Catalana d'Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor
ASEEDAR-TD:	Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (Associació Espanyola d'Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Teràpia del Dolor)
CRNA:	Certified Registered Nurse Anesthetist
DEXPLIS:	Disseny explicatiu seqüencial
DEXPLOS:	Disseny exploratori seqüencial
DIAC:	Disseny niat o incrustat concurrent de model dominant
DIACNIV:	Disseny niat concurrent de diversos nivells
DIM:	Disseny d'integració múltiple
DITRAS:	Disseny transformatiu seqüencial
DITRIAC:	Disseny de triangulació concurrent
DISTRAC:	Disseny transformatiu concurrent
ECTS:	Sistema Europeu de Transferència de Crèdits
EUA:	Estats Units d'Amèrica
ICN:	International Council of Nurses (Consell Internacional d'Infermeres)

IPA:	Infermera de pràctica avançada
ICS:	Institut Català de la Salut
IDREPA:	Instrumento de Definición del Rol de Enfermera de Práctica Avanzada (Instrument de Definició del Rol d'Infermera de Pràctica Avançada)
IFNA:	International Federation of Nurse Anesthetists (Federació Internacional d'Infermeres d'Anestèsia)
INSALUD:	Instituto Nacional de la Salud (Institut Nacional de la Salut)
LOSC:	Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
MIR:	Metge intern resident
NANA:	National Association of Nurse Anesthetists (Associació Nacional d'Infermeres d'Anestèsia)
OCDE:	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic)
RI:	Rang interquartílic
SISCAT: S	istema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya
TFM:	Treball final de màster
USVAi:	Unitat de Suport Vital Avançat infermer
WHO:	World Health Association (Organització Mundial de la Salut)
μ:	Mitjana

LLISTAT DE FIGURES

Figura 1. Carta de creació de la IFNA.....	39
Figura 2. Marc conceptual de competències de l' IFNA	43
Figura 3. Estructura global del sistema sanitari català	68
Figura 4. Algorisme del disseny explicatiu seqüencial (DEXPLIS) utilitzat en la metodologia aplicada.....	83
Figura 5. Distribució dels centres no participants segons la seva gestió	88
Figura 6. Procés de selecció dels centres participants	88
Figura 7. Lloc geogràfic del centre de treball dels participants del mètode Delphi.....	90
Figura 8. Construcció del qüestionari	92
Figura 9. Lloc geogràfic de centre de treball dels participants del grup focal.....	97
Figura 10. Distribució dels centres participants segons el nombre de llits	107
Figura 11. Distribució dels centres segons la gestió administrativa.....	108
Figura 12. Titulació universitària dels participants del panell Delphi	109
Figura 13. Tipus de formació postgraduada en anestèsia dels participants del panell Delphi.....	109
Figura 14. Àrea d'expertesa dels participants del panell Delphi	110

Figura 15. Fases del mètode Delphi	111
Figura 16. Xarxa de codis en l'anàlisi d'Atlas.ti.....	139
Figura 17. Participació i consens envers el reconeixement de les competències de la infermera d'anestèsia.....	142
Figura 18. Participació i consens envers la base del fet de cuidar en la infermera d'anestèsia.....	144
Figura 19. Participació i consens envers l'educació per a la salut com competència de la infermera d'anestèsia.....	145
Figura 20. Participació i consens en referència a la necessitat de tenir experiència prèvia abans de treballar com a infermera d'anestèsia	147
Figura 21. Participació i consens en la idoneïtat de la formació actual de la infermera d'anestèsia.....	149
Figura 22. Participació i consens envers l'aportació d'humanització en el procés perioperatori per part de la infermera d'anestèsia	150
Figura 23. Participació i consens en la participació de la infermera d'anestèsia durant el procés perioperatori.....	153
Figura 24. Participació i consens envers la participació de la infermera d'anestèsia en la seguretat del pacient.....	154
Figura 25. Participació i consens respecte a la necessitat de diferenciar el marc competencial entre infermers d'anestèsia i anestesiolòlegs	157
Figura 26. Participació i consens envers les diferències en la pràctica clínica de les infermeres d'anestèsia i les institucions.	159
Figura 27. Participació i consens respecte a considerar la pràctica de la infermera d'anestèsia com a intrusisme	161

Figura 28. Participació i consens respecte de l'augment de la demanda d'actes anestèsics com una causa de l'increment de les infermeres d'anestèsia	163
Figura 29. Participació i consens envers la influència dels costos econòmics laborals en l'augment de les infermeres d'anestèsia	164
Figura 30. Participants i consens en la relació de manca d'anestesiòlegs i l'augment de les infermeres d'anestèsia.....	166
Figura 31. Participació i consens respecte al creixement futur de la professió d'infermera d'anestèsia	167
Figura 32. Participació i consens envers la possibilitat que la infermera d'anestèsia sigui considerada una especialitat infermera	169
Figura 33. Participació i consens envers la lluita existent i que queda pel reconeixement de la infermera d'anestèsia.....	171
Figura 34. Participació i consens referent el suport institucional que ha de rebre la infermera d'anestèsia	172

LLISTAT DE TAULES

Taula 1. Etapes de l'adquisició d'habilitats de Patricia Benner.....	49
Taula 2. Comparació dels models conceptuals de l'IPA	50
Taula 3. Competències definides pels diferents models de l'IPA	51
Taula 4. Ràtio anestesiòlegs/infermeres d'anestèsia a països europeus	61
Taula 5. Evolució de la ràtio d'anestesiòlegs per comunitats autònomes 2009-2021	63
Taula 6. Classificació dels paradigmes.....	79
Taula 7. Tipus de disseny de mètodes mixtos	82
Taula 8. Distribució de preguntes segons el domini Competencial (annex A).....	93
Taula 9. Resultats de consens dels dominis definits per l'IFNA.....	112
Taula 10. Resultats del subdomini Avaluació preanestèsica, domini Experta.....	113
Taula 11. Resultats del subdomini Preparació i administració de l'anestèsia, domini Experta.....	114
Taula 12. Resultats del subdomini Seguretat del pacient, domini Experta.....	117
Taula 13. Resultats del subdomini Monitoratge, domini Experta.....	118

Taula 14. Resultats del subdomini Finalització de l'anestèsia, domini Experta.....	119
Taula 15. Resultats del subdomini Equipament, domini Experta.....	120
Taula 16. Resultats del subdomini Suport vital avançat	121
Taula 17. Resultats del subdomini Cures postoperatòries, domini Experta.....	122
Taula 18. Resultats del subdomini Gestió del dolor, domini Experta.....	123
Taula 19. Resultats del subdomini Control infeccions, domini Experta.....	124
Taula 20. Resultats del subdomini Documentació, domini Experta.....	125
Taula 21. Resultats del domini Comunicadora.....	126
Taula 22. Resultats del domini Col·laboradora.....	127
Taula 23. Resultats del domini Gestora	128
Taula 24. Resultats del domini Defensora de la salut	129
Taula 25. Resultats del domini Educadora	130
Taula 26. Resultats del domini Professional.....	131
Taula 27. Resultats de la segona ronda, per dominis.....	133
Taula 28. Relació de codis/definició/prevalença.....	136
Taula 29. Relació entre categories i codis.....	138
Taula 30. Distribució final de les competències específiques	173

INTRODUCCIÓ

INTRODUCCIÓ

Durant el procés perioperatori hi intervenen molts professionals que participen en les cures de les persones. Cadascun té diferents objectius i competències que conflueixen en l'atenció a la persona. Una d'aquestes figures és la infermera¹ d'anestèsia, reanimació i tractament del dolor. Les circumstàncies històriques de la política, gestió i professió infermera no han permès que s'establís aquesta especialitat a Espanya, i en conseqüència a Catalunya, es diferencia d'altres països. La història de la participació i les competències de les infermeres en l'administració d'anestèsia a Catalunya, objectiu prioritari d'aquesta tesi, és molt escassa. A diferència d'altres països com els Estats Units (EUA) o França, on hi ha un recorregut històric documentat de la rellevant aportació al sistema de salut d'aquests professionals, en el cas d'Espanya, i en paral·lel Catalunya, no hi ha quasi documentació de l'existència d'infermeres que administraven anestèsia i de les tasques que exercien en els tractats de la història de l'anestèsia.

El model d'infermera d'anestèsia del segle XXI ha experimentat un canvi conceptual respecte al qual existeix actualment. A finals dels anys noranta eren infermeres que col·laboraven amb l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia i en la cura dels pacients en les unitats de recuperació. Però a principis de l'any 2000, això va canviar. Les infermeres d'anestèsia es van empoderar envers les cures de la persona en el procés perioperatori i es van incorporar competències autònomes a les cures infermeres en aquest procés (Canet et al, 2007; Goñi et al., 2009). Les infermeres d'anestèsia es van unir en associacions i van visibilitzar la seva participació en el procés anestèsic a través de jornades, congressos i la formació postgraduada. Malgrat tot això, la lluita va quedar sempre frenada per l'escassetat en la definició competencial de les infermeres d'anestèsia.

Les institucions sanitàries van anar incorporant infermeres d'anestèsia en nous àmbits de pràctica, com les consultes preanestèsiques o àrees de proves diagnòstiques, i paral·lelament es va començar a demanar que aquestes infermeres

¹ En aquesta tesi s'utilitzarà el terme *infermerales*, en femení, per dirigir-se al col·lectiu professional d'infermeres i infermers, de la mateixa manera que el Consell Internacional d'Infermeres.

tinguessin formació específica en anestèsia. No obstant això, la gestió i organització de les infermeres no seguia un consens generalitzat en el país, sinó que cada institució s'organitzava segons les seves necessitats, i així ha estat fins avui.

Des del 2016, els professionals que han fet formació postgraduada en anestèsia a Catalunya ha augmentat considerablement, i actualment són unes 110 infermeres amb titulació de màster per curs². Aquesta demanda creixent en infermeres formades en anestèsia ha motivat, des dels mateixos professionals i les associacions professionals Associació Catalana d'Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor (ACIARTD) i Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD), l'interès per la definició de rols, les competències i l'exercici de la infermera d'anestèsia. Les infermeres d'anestèsia, així com els anestesiològs, veuen com apareixen aquestes noves necessitats en l'àmbit de l'anestesiologia, que de vegades ocupen un col·lectiu o un altre, depenent de la institució i del tipus d'organització. La falta de definició competencial i de la diversitat de regulació segons la institució sanitària, així com l'actitud i la situació en cada equip de treball, poden induir a situacions de conflictes (Metges de Catalunya, 2014).

Malgrat la definició del Consell Internacional d'Infermeres (ICN) de la infermera de pràctica avançada (IPA), que pressuposa la infermera d'anestèsia com a tal, no és així a Catalunya, on a les IPA, i en paral·lel a les infermeres d'anestèsia, els manca contextualització i definició competencial (Comellas, 2016).

El 2016, arran de la publicació del marc competencial per part de la Federació Internacional d'Infermeres d'Anestèsia (IFNA), les infermeres d'anestèsia de Catalunya van creure que s'obria un camí ple d'esperança (International Federation of Nurse Anesthetists [IFNA], 2016).

Actualment, existeix un grup de treball en el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya que està treballant en l'autoregulació de les competències de les infermeres en l'àmbit de la sedació. Aquest és un pas important que ha de permetre en un futur, tenir un marc de consens en l'àmbit territorial de Catalunya.

² Informació aportada en data 8-7-22 pels coordinadors dels màsters d'infermeria d'anestèsia de la Universitat de Barcelona, Escola Superior d'Infermeria del Mar - Universitat Pompeu Fabra i la Fundació Universitària del Bages - Universitat Central de Catalunya.

La motivació pel tema de la tesi va néixer al 2017 en el marc del Màster en Innovació i Recerca en Cures Infermeres de la Universitat Autònoma de Barcelona. La publicació del document del marc competencial de la IFNA (2016), va ser la inspiració del meu treball final de màster (TFM). L'objectiu proposat va ser identificar les competències que tenien les infermeres d'anestèsia dels centres hospitalaris catalans per definir el model amb què treballaven, fos autònom o de delegació/col·laboració. Vaig utilitzar metodologia qualitativa des d'un paradigma fenomenològic descriptiu, fent entrevistes semiestructurades a infermeres expertes en anestèsia. Els resultats van denotar el rol autònom que estava adquirint i duent a terme la infermera d'anestèsia en diferents àmbits de la pràctica. Malgrat això, les infermeres tenien un sentiment de frustració, perquè percebien que estaven molt preparades amb la formació rebuda i l'experiència que tenien, i en moltes ocasions no era reconeguda ni aprofitada. La definició quasi inexistente de les competències d'aquestes infermeres i com van expressar elles mateixes que necessitaven aquest marc competencial, em va fer decidir a anar més enllà, i iniciar aquesta investigació, que culmina amb la presentació d'aquesta tesi doctoral.

Aquesta tesi s'inicia amb el marc teòric en el qual s'ha intentat aprofundir en el naixement de la infermera d'anestèsia i el seu recorregut històric en el país que les ha vist néixer, els Estats Units, i al continent europeu fins a arribar a l'objectiu de la tesi: Catalunya. En aquest apartat també s'analitzarà la història de la infermera de pràctica avançada, ja que la infermera d'anestèsia va molt lligada a aquesta figura infermera. Un cop exposats els objectius, s'explicarà amb deteniment la metodologia mixta utilitzada, que ha permès donar resposta als objectius plantejats.

Els resultats es presenten cronològicament, seguint primer la fase quantitativa (tècnica Delphi) i la fase qualitativa posterior (grup focal), seguint amb la coherència del disseny DEXPLIS.

Els resultats i la reflexió consegüent han de permetre desenvolupar un marc competencial adient a la realitat de la pràctica de les infermeres d'anestèsia a Catalunya i a afermar la professió.

MARC TEÒRIC

MARC TEÒRIC

És important, abans d'aprofundir en els antecedents, definir el concepte d'infermera anestesista, ja que la nomenclatura no té les mateixes connotacions segons el país i la legislació corresponent.

La nurse anesthetist, o *infermera anestesista*, ha estat definida com:

«Una infermera de pràctica avançada que té els coneixements, les habilitats i les competències per oferir cures personalitzades en l'àmbit de l'anestèsia, el control del dolor i els serveis relacionats amb l'anestèsia a pacients en tot el seu cicle vital i el seu estat de salut, podent variar des de sa, fins a tots els nivells de gravetat, incloses les malalties o lesions immediates, greus o que amenacin la seva vida.» (International Council of Nurses, 2021)

Meeusen et al. (2010) van diferenciar la *nurse anesthetist* de l'*anaesthetic nurse*, o infermera d'anestèsia. Aquesta última pot compartir la seva pràctica com a ajudant de l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia amb altres intervencions a la sala d'operacions, sense tenir un impacte directe en les cures relacionades amb el pacient, ni assumint responsabilitats directes cap responsabilitat més enllà del rol exclusivament col·laboratiu.

Generalment en el nostre àmbit es tradueix *nurse anesthetist* com a «infermera d'anestèsia». En aquesta investigació s'utilitzarà el nom d'*infermera d'anestèsia*, sense tenir en compte les diferències en l'àmbit competencial.

HISTÒRIA DE LA INFERMERA D'ANESTÈSIA

Estats Units

L'administració d'anestèsia s'inicia com un fet reconegut el 16 d'octubre de 1846, quan, a l'Hospital General de Massachusetts, el Dr. Morton anestesia amb èxit un pacient amb èter (Wilson, 2013). L'alleujament del dolor i l'ús dels anestèsics era un fet mal vist per la comunitat catòlica, civil i els mateixos sanitaris. L'anestèsia era considerada un risc que feia augmentar molt les complicacions cardíagues i

respiratòries del postoperatori i que contribuïa a una elevada morbimortalitat. Aquests fets van fer que l'administració d'anestèsia fos un fet controvertit i que hi hagués molts detractors de la seva utilització. A poc a poc, els cirurgians van veure en l'anestèsia un avantatge per a la realització de les intervencions i van recórrer a estudiants de medicina per anestesiar i vigilar els pacients. La creixent demanda de personal que sabés administrar anestèsia va afavorir que les infermeres poguessin col·laborar amb els metges en aquesta activitat sota la seva supervisió. La supeditació d'altres metges a les ordres d'un cirurgià feia que a molts d'ells tampoc els agradés fer de l'anestèsia la seva pràctica habitual (Ray i Desai, 2016).

A Catherine S. Lawrence fou la primera infermera reconeguda en administrar anestèsia durant la Guerra Civil Americana (1861-1865). En els anys següents és Sister Mary Bernard, fundadora del St. John's Hospital a Springfield, Illinois, qui s'erigeix com la primera infermera especialista en anestèsia que va generalitzar l'ús de l'anestèsia en les cirurgies en aquest i altres hospitals regentats per comunitats religioses. La formació fins llavors té lloc en els mateixos centres hospitalaris. Un és la Mayo Clinic de Rochester, on es forma Alice Magaw, que passarà a la història com la «mare de l'anestèsia», que va publicar el primer article d'una infermera anestesista a la revista *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, que és una revisió de la pràctica anestèsica i dels efectes secundaris en 14.000 pacients: «A review of over 14.000 Surgical Anesthetics»³ (Wilson, 2013).

A mesura que va augmentant la complexitat de la pràctica anestèsica i es fa més científica i específica, s'incrementa el nombre de metges interessats a formar-se i iniciar-se en aquesta especialitat. En aquell moment va començar una batalla legal per la competència de l'administració de l'anestèsia en diferents estats.

Mentrestant, el 1931, Agatha Hodgins, al capdavant de les infermeres americanes anestesistes, decideix agrupar-se en la National Association of Nurse Anesthetists (NANA), convertida a American Association of Nurse Anesthetists (AANA) el 1935, i que actualment es denomina American Association of Nurse Anesthesiologists (Katzung et al., 2012).

La Segona Guerra Mundial (1939-1945) i la implicació dels EUA va impulsar la demanda de personal sanitari. Els grans ferits que es produïen en el front, van

³ L'article «A review of over 14.000 Surgical Anesthetics» d'Alice Magaw, no s'ha pogut consultar específicament, doncs està custodiat per l'American Association of Nurse Anesthesiologists a la seva seu a EE.UU).

propiciar que més de 2000 infermeres es formessin per administrar anestèsia (Ray i Desai, 2016). Aquest perfil va ser replicat en altres països participants en la guerra, i així va ser com el model d'infermera anestesista va ser exportat a Europa (IFNA,2021b, p. 141).

El 1952, l'AANA va establir la primera acreditació per al control de la formació de les infermeres anestesistes, amb la finalitat de regular uns estudis que es realitzaven de manera independent en hospitals de tot el país. El 1973 s'estableix el primer màster universitari per a infermeres anestesistes a la Universitat de Hawaii. La *nurse anesthetist* passa a denominar-se Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA), implementant la legislació que regula l'acreditació un cop acabats els estudis i les reacreditacions posteriors durant la vida laboral (Matsusaki i Sakai, 2011).

Als EUA, el progrés de la Infermeria en l'àmbit de l'anestèsia i el seu paper cada vegada més autònom en el marc professional va crear conflictes en la relació professional de les infermeres amb els metges, que consideraven que aquestes no tenien les competències necessàries per administrar anestèsia. Aquest conflicte va ser portat fins als tribunals en diverses ocasions i es va resoldre per primera vegada el 1938, quan el Tribunal Suprem va donar la raó a la infermeria determinant que la seva pràctica era legal i acceptada, sempre que estigués supervisada per un metge. Durant els anys de finals del segle xx, els conflictes entre infermeres i associacions i comunitats mèdiques van reaparèixer, la qual cosa va arribar als tribunals de diversos estats. La regularització va arribar el 1986 amb Ronald Reagan de president, el qual va signar la llei per mitjà de la qual es va reconèixer la infermera d'anestèsia com la primera especialitat en el programa educacional federal (Wilson, 2013).

Avui en dia la formació d'una CRNA requereix que es graduï en un programa de màster acreditat de 24 a 36 mesos i la certificació posterior amb un examen. Es preveu que el 2025 totes les formacions de CRNA corresponguin al nivell de doctorat (IFNA,2021b, p125).

En l'actualitat hi ha unes 40.000 CRNA als EUA, de les quals el 65 % treballa en equip amb un anestesiològ, mentre que la resta administren anestèsia de forma autònoma, ja que la legislació ho permet en 16 estats (Neft et al., 2013).

Europa

La introducció de les infermeres en l'administració de l'anestèsia té els seus inicis, com als EUA, en la participació d'infermeres que administren anestèsia en les intervencions quirúrgiques sota l'ordre del cirurgià, abans del seu desenvolupament com a formació exclusivament mèdica. A partir de 1950, amb l'aparició de les primeres formacions específiques per a anestèsia, el model va anar canviant, i moltes de les infermeres anestesistes i altres assistents d'anestèsia van acabar sent substituïts per metges anestesiològics. No obstant això, hi va haver països com Àustria, França, Dinamarca, Hongria, Islàndia, Noruega, Luxemburg, Suècia i Suïssa on es va mantenir el model d'infermera anestesista, que convivia amb metges anestesiològics, i establia un equip de treball, amb funcions diferenciades i fixades segons cada país, i fins ara en l'actualitat (IFNA, 2021b).

A continuació es presenta una revisió de la història, formació i legislació en la professió d'infermera d'anestèsia en els països europeus que tenen representació a la IFNA:

A Àustria el 1960 es van iniciar els cursos formals en anestèsia per a infermeres. Des de llavors l'associació nacional ha lluitat perquè es reconegui formalment l'especialitat. Actualment, les infermeres anestesistes treballen en equip amb els anestesiològics, però no en tenen regulada la pràctica autònoma (IFNA, 2021b, p. 135).

Dinamarca és un país pioner en la formació en anestèsia per a infermeres a Europa, fet degut en part al Dr. Björn Ibsen, que en plena epidèmia de poliomièlitis (1953), va introduir la traqueotomia i ventilació mecànica a pacients totalment paralitzats per la malaltia. De seguida va observar que els coneixements que tenien les infermeres en la formació bàsica no eren prou per fer front a les cures d'aquests pacients. Així es va iniciar la primera formació en anestèsia al país. Actualment, tenen regulades les competències per treballar individualment, però en la pràctica el treball s'organitza amb l'equip d'anestèsia (IFNA, 2021b, p. 139).

A França, amb l'arribada l'any 1945 de les primeres infermeres anestesistes durant la Segona Guerra Mundial, comença a estendre's la formació en anestèsia, primerament comuna a metges i infermeres, per acabar inaugurant el 1947 una escola exclusiva per a infermeres a París. Però no és fins al 1988 que s'aconsegueix que les infermeres anestesistes tinguin regulat per llei l'exclusivitat de competències

infermeres en l'administració d'anestèsia (Décret n°88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation, 1988). Actualment, la formació postgraduada en anestèsia per a infermeres és una especialitat reconeguda com a diploma d'estat. Té l'acreditació de màster des del 2010, amb una durada de 24 mesos, que equival a 120 ECTS. Un cop superat el període, el professional té les competències per aplicar procediments anestèsics sempre que un metge anestesiològ n'hagi supervisat i determinat el protocol adient. Així mateix, n'està regulada la pràctica tant en la visita preoperatòria, en la recuperació postanestèsica com en l'atenció prehospitalària (Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes [SYNA], 2007).

A Grècia les infermeres anestesistes administraven l'anestèsia sota les indicacions dels cirurgians, com a l'inici en molts altres països. L'any 2020 es va incorporar l'especialitat d'infermera anestesista reconeixent-ne les competències i la formació, i actualment la seva pràctica es pot desenvolupar sempre que hagi presència d'un anestesiològ (IFNA, 2021b).

Hongria és un dels països en què les infermeres anestesistes poden fer la seva pràctica de manera autònoma. No obstant això, fins al 1998 participaven juntament amb metges anestesiològs en la mateixa associació nacional. Amb la formació regulada des del 1961, el 2018 es va fer una reforma del currículum en l'àmbit nacional, que es va allargar fins als 18 mesos, i va incorporar moltes més hores de pràctiques (IFNA, 2021b, p. 150).

A Islàndia, la primera infermera anestesista coneguda va ser Fridrikka Sigurdarttir, que es va formar a Suècia, tot i que va tornar el 1962. En els anys posteriors, diverses infermeres van anar a Suècia i Dinamarca a formar-se com a infermeres anestesistes. El 1976 es reconeix la professió i s'estableixen programes postgraduats de formació, fins a l'actualitat, que correspon a un programa de màster. La pràctica es regula en l'àmbit nacional i s'estableix com a competències pròpies el maneig de la via aèria i l'anestèsia general, però no l'anestèsia regional, que és pròpia dels anestesiològs. Llavors adquireixen un rol de col·laboració. Tanmateix, no poden treballar de manera autònoma en centres privats, ja que aquests àmbits pertanyen als metges anestesiològs (IFNA, 2021b, p. 153).

Noruega és un model d'equip d'anestèsia format per infermeres i anestesiològs. Les infermeres tenen regulada la pràctica a l'hora d'administrar anestèsia i estar a una

sala operacions individualment, sempre que un anestesiològ estigui al capdavant. La primera formació es va iniciar el 1976. Actualment, és de 24 mesos, dels quals el 50 % són hores de pràctica. Malgrat que es reconeix en l'àmbit universitari, no es considera una especialitat (IFNA, 2021b, p. 157).

A Suècia, durant la dècada del 1930, l'anestèsia era aplicada per infermeres quirúrgiques. Això va portar a incloure formació en anestèsia en els programes educacionals de les infermeres. Quan el 1977 la infermeria es va convertir en un programa universitari, la formació en anestèsia va passar a ser un curs suplementari. El 2001, després de reconèixer la formació infermera com graduada, es van consolidar les especialitats. Cures Anestèsiques n'era una. En l'actualitat, la formació és de 60 ECTS. Les competències d'aquests professionals van des de la independència per administrar anestèsia a pacients de baix risc anestèsic, sempre amb la prescripció d'un metge anestesiològ abans, passant pel treball en col·laboració amb aquests, en pacients d'alt risc, com en la valoració preoperatoria, fins al seguiment perioperatori, la formació, la recerca i el lideratge (IFNA, 2021b, p. 169).

A Suïssa hi ha referències des de 1952, quan uns quants anestesiològs van constituir la Swiss Society of Anaesthesiology and Resuscitation. Aquesta associació va iniciar els estudis en anestèsia per a infermeres, promoguts per anestesiològs i per compensar la manca de metges especialistes. El primer curs reconegut es du a terme el 1972, i el 1995 es forma la Federació Suïssa d'Infermers i Infermeres Anestesistes (SIGA/FSIA), sumant els diferents grups de treball existents al país d'infermeres i infermeres d'anestèsia. Hermi Löhnert destaca en la història de les infermeres anestesistes de Suïssa perquè el 1978 s'assabentà de l'existència de l'AANA i aconsegueix anar a una de les seves reunions anuals. És el primer contacte entre infermeres anestesistes estatounidenques i europees, i l'inici de la formació de l'IFNA el 1989. Quan va néixer, estava formada per membres d'11 països. Aquesta organització ha tingut molta importància en el desplegament dels programes formatius i de les competències professionals fins a l'actualitat, cosa que es detallarà en profunditat en l'apartat 2.2 (IFNA, 2021b, p. 170). Actualment, el diploma reconegut consisteix en un programa de dos anys després dels estudis d'infermeria, dels quals 900 són de pràctica clínica. Avui dia les infermeres d'anestèsia poden administrar anestèsia de manera delegada per part de l'anestesiològ o bé treballar col·laborativament. Al país, per la seva organització territorial, hi conviuen en l'actualitat unes 2.000 infermeres anestesistes suïsses,

franceses i assistents d'anestèsia d'Alemanya, que travessen la frontera per anar a treballar diàriament a hospitals de Suïssa. El 2017 van quedar definides les competències amb un estudi realitzat per Herion, a través de la SIGA/FSIA (Herion et al., 2019).

Els casos d'Alemanya i Turquia són diferents, ja que s'hi ha reconegut el perfil d'assistent d'anestèsia, de manera que per accedir a aquesta formació no cal ser infermera generalista. En altres països com la Gran Bretanya, Sèrbia, Eslovènia, i Espanya, que s'explica amb més deteniment en el punt següent, hi ha formacions per a infermeres en anestèsia, i la seva presència s'inclou en la pràctica, però no està reconeguda la seva figura de manera nacional ni autonòmica, ni les seves competències professionals com a professional independent. La seva funció és definida com a ajudant i és complementària a la del metge anestesiològ. En moltes d'aquestes ocasions, aquest no és un sentiment de les infermeres, que reclamen un marc competencial més ampliat i un reconeixement nacional (IFNA, 2021b, p. 148, 166, 176).

Espanya

Linici de l'ús de l'èter i el cloroform en les intervencions quirúrgiques per part d'alguns cirurgians té lloc en el mateix període que en la resta del món (1847). Durant els anys següents, es comença a utilitzar el cloroform com a tècnica anestèsica, però amb moltes reticències per part dels cirurgians, fins que el 1880 Lister introdueix la cirurgia abdominal antisèptica, i és quan es produeix la generalització de l'ús de l'èter en les cirurgies. Una de les causes d'aquest retard es considera que prové de les reticències i la difusió pública per part de les institucions religioses i algun grup de cirurgians, de la perillositat dels efectes secundaris produïts pel cloroform, que va fer que es preferís continuar fent operacions amb dolor que incorporar la innovació (Redondo Calvo i Pozuelo Reina, 2013). Les referències a la bibliografia de la participació d'infermeres en l'administració d'anestèsia és escassa. En els tractats d'història de l'anestèsia s'hi troben referències puntuals a l'ajuda de «practicants», «assistents», «ajudants» del cirurgià, que són els que administraven l'anestèsia, fins a la regulació de la formació específica d'anestesiòlegs (Hervas Puyal, 2010). Concretament, s'han trobat referències del preu de 150 pessetes estipulat per l'acte d'administració d'anestèsia general per part de practicants el 1942 i 1951 (Montesinos Vicente, 2011).

Sí que hi ha testimonis de dues infermeres del bàndol republicà, Pilar de Viala (Valls, 2008) i Lourdes Rodés (Serra i Serra, 2003), durant la Guerra Civil Espanyola (1936-1939), que van administrar anestèsia en hospitals de guerra (Valls, 2008). Malgrat aquesta manca de documents bibliogràfics, se sap, per professionals jubilats, que van conèixer infermeres amb metges formats en anestèsia en l'administració, fins a la regulació, el 1984, de les especialitats mèdiques i els programes de Metge Intern Resident (MIR), entre els quals d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor (Tutosaus Gómez et al., 2018).

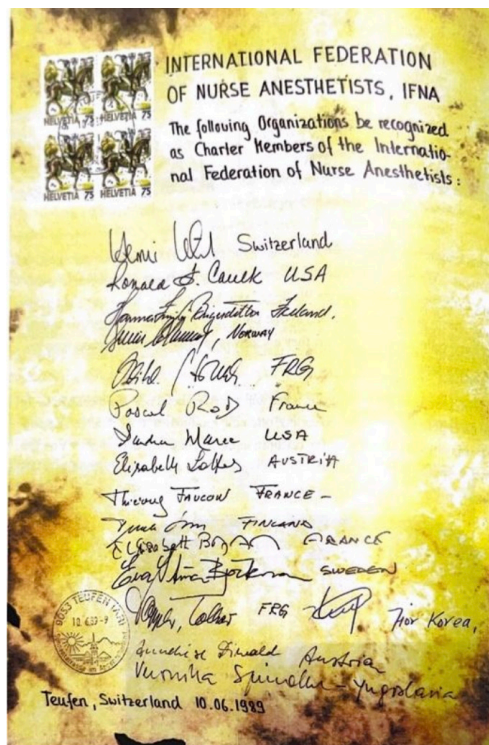
Arran del canvi en els estudis universitaris d'infermeria de diplomatura a grau, es van establir a les universitats programes de postgrau en infermera d'anestèsia. Això ha permès una millora en la qualitat de la formació així com un interès creixent d'infermeres per formar-se en anestèsia, de manera que hi ha una transició entre col·laborar amb l'anestesiòleg a adquirir un rol més autònom (Canet i Monedero, 2007). Actualment, coexisteixen 5 màsters (3 dels quals a Catalunya), que ofereixen una formació teoricopràctica de 60 ECTS: Màster Universitari en Infermeria d'Anestèsia de la Universitat San Pablo de Madrid, Màster Universitari en Cures Avançades del Pacient en Anestèsia, Reanimació i Tractament del Dolor de l'Escola d'Infermeria Fundación Jiménez Díaz - Universitat Autònoma de Madrid, Màster en Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Tractament del Dolor de la Universitat de Barcelona, Màster en Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Teràpia del Dolor de la UManresa - Fundació Universitària del Bages, i el Màster en Infermeria aplicada a l'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor de l'Escola Superior d'Infermeria del Mar - Centre Adscrit a Universitat Pompeu Fabra (Aseedar-td, s.d.). Aquest últim és l'únic en tot el territori espanyol que ha entrat en el programa Approval Process for Anesthesia Programs (School) de l'IFNA en el primer nivell (Registration) al maig del 2021 (IFNA, 2021a). En l'apartat 2.2 s'explica el programa i els diferents nivells amb deteniment.

El 2012, l'Associació Espanyola d'Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor va redactar un document que recollia les competències d'aquests professionals (Peix Sagués i Castro Pérez, 2012). En l'actualitat, els àmbits d'actuació de les infermeres d'anestèsia s'han ampliat, però el fet de no ser una especialitat infermera reconeguda legalment fa que continuïn sense estar regulades les competències de les infermeres d'anestèsia a Espanya.

La Federació Internacional d'Infermeres d'Anestèsia

A Hermi Löhnert, infermer anestesista suís, el 1978 li arriba a les mans informació sobre una associació d'infermeres anestesistes als Estats Units (AANA) i fa tot el possible per establir contacte, participant en una jornada. En els pròxims anys Hermi es posa en contacte amb altres països europeus, amb l'objectiu de conèixer infermeres anestesistes d'altres països i com era la seva pràctica. Després de moltes reunions i contactes, el 10 de juny de 1989 Ronald Caulk dels Estats Units i Hermi Löhnert de Suïssa signen l'acta de formació de l'IFNA (figura 1). Es va decidir tenir com a seu Suïssa i es van marcar les aportacions econòmiques dels països membres. Els primers països participants van ser: Alemanya, Àustria, Corea del Sud, Estats Units, Finlàndia, França, Islàndia, Iugoslàvia, Noruega, Suècia i Suïssa (Meeusen et al., 2016). En l'actualitat està formada per 43 països, cadascun d'ells amb la seva pròpia associació nacional.

Figura 1. Carta de creació de la IFNA.



Nota: Adaptat de *The global Voice for nurse anesthetists* (p. 24), per IFNA, 2021.

L'IFNA ha fet interrelacions i xarxes de treball en comú amb diferents institucions com el Consell Internacional d'Infermeres, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la Federació Mundial de Societats d'Anestesiòlegs, la Federació Internacional d'Hospitals, la International Society for Quality in Health Care i G4 Alliance.

L'IFNA té com a objectius promoure la col·laboració entre les infermeres anestesistes dels diferents països, desenvolupar i promoure la formació i la pràctica de les infermeres anestesistes, així com ajudar al seu reconeixement i mantenir la cooperació entre tots els membres de l'equip d'anestèsia (Meeusen et al., 2016).

Es distribueix en diferents comitès per a la seva gestió organitzativa, i depenen del comitè directiu:

- El Comitè Organitzador del Congrés, que s'organitza bianualment.
- El Comitè d'Educació, que és el que fa les recomanacions als programes formatius segons els estàndards publicats per l'IFNA (2016). Ha creat un programa curricular per als màsters en infermera anestesista i és el responsable de dur a terme les avaluacions de l'Anesthesia Program (School) Approval Proces (APAP). Aquest programa es va aplicar el 2017 i pretén ser un marc regulador dels programes formatius en anestèsia per a infermeres. Es distribueix en tres nivells:
 - Nivell 1. Registration. És el primer nivell. Requereix que la institució i el director responsable del programa enviïn la informació i currículum del programa, i un cop avaluat pel Comitè d'Educació que assoleix els criteris establerts, s'inclou en el web de l'IFNA. No se'n fa una avaluació curricular. Té una validesa de 5 anys.
 - El Màster en Infermeria aplicada a l'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor de l'Escola Superior d'Infermeria del Mar, Centre Adscrit a la Universitat Pompeu Fabra, és l'únic en tot el territori espanyol que ha entrat en el programa Approval Process for Anesthesia Programs (School) de l'IFNA en el primer nivell (Registration) al maig del 2021 (IFNA, 2021a)

- Nivell 2. Recognition. Requereix que el programa tingui una durada mínima de 18 mesos. El Comitè d'Educació fa una avaluació del programa curricular, basant-se en els estàndards formatius de l'IFNA (2016). Té una validesa de 5 anys.
- Nivell 3. Accreditation. Per assolir aquest nivell, el programa ha de ser avaluat pel Comitè d'Educació in situ, amb una visita presencial a manera d'acreditació en la qual es comprova tota la informació aportada, així com les impressions dels estudiants. També pot ser assolit aquest nivell si el programa està oficialment reconegut en l'àmbit nacional per l'organisme corresponent. S'ha de renovar l'acreditació cada 5 anys (IFNA, 2017).

Tant l'ICN com l'IFNA recomanen mínim el segon nivell (Recognition), amb una durada del programa de 18-24 mesos, per poder desenvolupar al màxim les competències definides per aquestes institucions (Consejo Internacional de Enfermeras [ICN], 2021). Actualment, a Espanya no hi ha cap programa formatiu que assoleixi aquest nivell. Aquestes recomanacions poden ser de gran ajuda per un futur, per tal de regular la pràctica de la infermera d'anestèsia i consolidar la formació amb un model formatiu adequat.

- El Comitè de Pràctica és el responsable de regular la pràctica clínica de les infermeres anestesistes i mantenir un model de formació continuada i totes les estratègies per assolir el model, seguint els estàndards de l'IFNA (Meeusen i al., 2016).

MARC COMPETENCIAL DE LES INFERMERES D'ANESTÈSIA

La formació, competències i legislació en la professió de la infermera d'anestèsia és molt variable en funció del país. L'IFNA el 2001 va establir uns estàndards d'educació i pràctica i un codi ètic. El 2016 van ser revisats, cosa que va donar lloc al marc conceptual ampli que englobava les competències transversals de les infermeres d'anestèsia (IFNA, 2016).

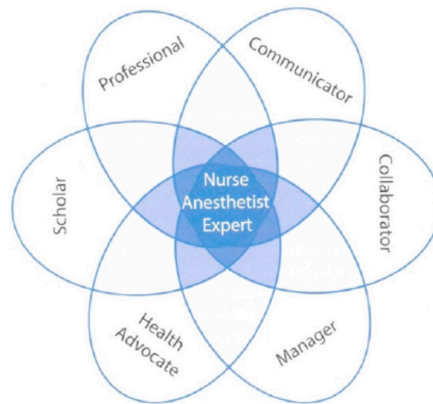
A partir d'aquí deixava la porta oberta a definir i consensuar les competències específiques en el marc legal de cada país (IFNA, 2016). El model conceptual de

pràctica professional definit per l'IFNA es va establir centrant-se en la formació de la infermeria d'anestèsia, la qual cosa permet que la responsabilitat d'aquesta recaigui en tots els professionals, estudiants, educadors i responsables polítics. Per definir el marc competencial, es va fer una adaptació del model CanMEDS del Royal College of Physicians and Surgeons of Canadà. Aquesta institució, el 1996, va introduir el model CanMEDS als estudis reglats dels metges especialistes a Canadà, per anar traçant la seva formació teòrica i la seva pràctica professional. Des de llavors, diverses institucions d'altres països l'han utilitzat també per definir i avaluar competències de diferents professions sanitàries, generalment mèdiques. El model CanMEDS és un model integrador de 6 competències transversals que conflueixen en una de central, comú a tots els altres. L'última revisió d'aquest model es va fer el 2015, per introduir temes emergents com la seguretat del pacient, la salut digital, facilitar l'aplicació del model als docents i desenvolupar noves competències que ajudessin a l'aplicació pràctica dels programes teòrics formatius. En la figura 2 es pot veure aquesta revisió, en la qual es van reanomenar les competències de la manera següent: Comunicador/a, Col·laborador/a, Líder/Gestor/a, Defensor/a de la salut, Educador/a i Professional i el nuclear d'Expert/a, en el qual conflueixen els anteriors (Frank JR. et al, 2015).

Les set competències definides per l'IFNA pel que fa a les infermeres d'anestèsia coincideixen en el nom del seu model precursor (CANMEDS), però adaptant-lo al concepte de les cures de les infermeres d'anestèsia.

L'any 2021 l'ICN es va situar en sintonia amb l'IFNA quant a competències i requisits formatius, i va publicar en *Directrices de enfermería de práctica avanzada*, per a infermeres anestesistes, seguint els estàndards definits per l'IFNA el 2016 (ICN, 2021).

Figura 2. Marc conceptual de competències de l'IFNA.



Nota: Adaptat de *Code of Ethics, Standards of Practice, Monitoring, and Education* (p. 9) per l'IFNA, 2016.

Per continuar amb l'anàlisi de les competències de les infermeres d'anestèsia, és important definir què s'entén per *competència*.

Definició de Competència Infermera Generalista

El concepte de *competència* en la professió infermera ha estat definit en diverses ocasions. Bradshaw (1997) en una revisió va recollir la definició de competència del Consell Internacional d'Infermeres com «*un nivell de realitzacions que demostrin l'aplicació efectiva dels coneixements, les habilitats i el judici*».

Segons el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (2002), una competència és el conjunt d'habilitats, actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en tot moment. Posteriorment, el mateix Consell va publicar al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya l'Acord de 15 de juny de 2016, de desenvolupament de les directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió d'infermera de la demanda (2016), en el que es va redefinir el concepte de competència com el «*conjunt de coneixements, habilitats i actituds que faciliten la presa de decisions i en conseqüència l'actuació que se'n derivi*».

Juvé-Udina et al. (2007), en la seva investigació envers les competències de les infermeres de centres gestionats per l'Institut Català de la Salut, també les defineixen com a marc de referència, com ara els estàndards que guien la pràctica d'un grup de professionals per diferenciar-los dels altres. Per definició, la professió infermera incorpora quatre grans competències transversals: assistència, gestió, educació i investigació. Posteriorment, i seguint en la mateixa línia d'investigació, van detallar sis dominis competencials: cuidar, avaluar, diagnosticar i abordar situacions clíniques canviants, ajudar el pacient a complir el tractament, contribuir a garantir la seguretat i el procés assistencial, facilitar el procés d'adaptació i d'afrontament, i treballar en equip i adaptar-se a un entorn canviant (Juvé-Udina et al., 2009).

COMPETÈNCIES DE LA INFERMERA D'ANESTÈSIA DEFINIDES PER LA IFNA

Com s'ha explicat anteriorment, la IFNA va establir els estàndards per la pràctica de les infermeres anestesistes l'any 2001, i en 2016 va fer una revisió establint el marc competencial, que inclou set competències: Comunicador/a, Col·laborador/a, Líder/Gestor/a, Defensor/a de la salut, Educador/a i Professional i la nuclear d'Expert/a (INA, 2016). A continuació es desenvoluparan específicament cada una d'elles:

Competència Experta. És la competència central que engloba les altres sis (figura 2). Requereix l'aplicació pràctica de tots els coneixements, així com de les habilitats i les tècniques necessàries que han adquirit els professionals i que tenen com a centre el mateix pacient.

Les infermeres d'anestèsia:

- Participen durant tot l'acte perioperatori, des de l'avaluació i preparació preanestèsica, les cures intraoperatories, fins a la vigilància i el seguiment postoperatori.
- Revisen l'aparellatge, el material i la medicació abans d'iniciar l'acte anestèsic.
- Administren qualsevol tipus d'anestèsia en les diferents etapes de la vida dels pacients, diferents procediments quirúrgics, sense ser una objecció el seu risc anestèsic.

- Estan familiaritzades amb els diferents tipus d'anestèsia, teràpies farmacològiques, tècniques coadjuvants, així com en la gestió del dolor.
- Realitzen procediments de monitoratge invasiu i no invasiu, gestionant les dades de manera segura i avançant-se a les possibles complicacions.
- Durant el procés perioperatori treballen conjuntament amb metges anestesiòlegs, cirurgians i altres professionals de la salut. En el cas de complicacions que no puguin resoldre per si mateixes, i si es compromet la seguretat del pacient, consulten de manera immediata amb el professional referent.
- Són personal de suport i referents en la reanimació cardiopulmonar i l'atenció respiratòria.

Competència Comunicadora. Les infermeres d'anestèsia estableixen eficaçment la relació infermera-pacient durant tot el procés perioperatori, sigui abans, durant o després de l'acte anestèsic propi. Les infermeres d'anestèsia vetllen per mantenir la confidencialitat dels pacients. Les infermeres d'anestèsia participen en la comunicació intraprofessional i interprofessional.

Competència Col·laboradora. Les infermeres d'anestèsia treballen en l'equip de salut per aconseguir l'atenció adequada dels pacients. Tenint com a objectiu el millor per als pacients, les infermeres respecten el seu rol dins l'equip i el dels altres professionals, al mateix temps que accepten la seva responsabilitat i accepten les dels altres integrants de l'equip. Les infermeres d'anestèsia estableixen relacions amb altres professionals de la salut i altres tipus d'associacions com les de pacients. Les infermeres coneixen i respecten la legislació nacional, regional i local.

Competència Líder/Gestora. Les infermeres d'anestèsia participen en la gestió de les organitzacions sanitàries, utilitzant els recursos eficaçment i tractant les operacions pressupostàries. Les infermeres d'anestèsia participen en la recollida d'indicadors de qualitat com la satisfacció de pacients i infermeres, els resultats clínics, els costos, i apliquen la metodologia per millorar els resultats. Les infermeres d'anestèsia són responsables de la correcta manipulació i gestió dels residus, gasos, drogues, seguint les normes ecològiques de cada institució.

Competència Defensora de la salut. Com a defensores de la salut, les infermeres d'anestèsia fan servir els seus coneixements, experiència i situació per millorar la salut i el benestar dels pacients, considerant i avaluant les possibles influències en l'estat de salut: biològiques, psicològiques, socials, ambientals i culturals.

Les infermeres d'anestèsia seleccionen i integren la informació de l'estat de salut tenint en compte aspectes com l'alfabetització, les necessitats i la preparació per a l'aprenentatge, les preferències del pacient i els valors i creences culturals.

Competència Docent. Les infermeres d'anestèsia demostren un interès permanent per l'aprenentatge reflexiu en els processos de formació continuada.

Les infermeres d'anestèsia participen en la recollida de dades (o les recullen directament) per tal de millorar els processos i la seguretat del pacient.

Les infermeres d'anestèsia intervenen en activitats per difondre la recerca (o les dirigeixen) i participen regularment en activitats científiques.

Competència Professional. Les infermeres d'anestèsia:

- Estan compromeses amb la salut de les persones i la societat en general, a través d'una pràctica ètica.
- Demostren mètodes de desenvolupament professional continu.
- Participen en associacions professionals nacionals i internacionals.
- Mantenen la certificació nacional si és el cas del país.
- Accepten la responsabilitat dels seus errors.
- Identifiquen i notifiquen els efectes adversos segons les guies establertes.

En els anys posteriors a la publicació d'aquest document marc, s'han anat definint les competències en els diferents països on la infermeria d'anestèsia és present, com és el cas de la Xina (Hu et al., 2017), Iran (Halakou et al., 2017) i Suïssa (Herion et al., 2019).

INFERMERA DE PRÀCTICA AVANÇADA

L'ICN defineix l'IPA com la infermera especialista que ha adquirit la base experta de coneixement, la capacitat de presa de decisions complexes i les competències

clíniques necessàries per a la pràctica professional ampliada. Les seves característiques són definides pel context o el país en què la infermera està acreditada per a l'exercici. Es recomana com a nivell d'entrada un màster universitari (ICN, 2019).

L'American Nurses Association (ANA) defineix l'IPA com la infermera que ha realitzat una formació postgraduada de màster o doctorat i ha adquirit les competències per dur a terme una pràctica clínica avançada, incorporant àmbits que van més enllà de la mateixa professió infermera, assessorament i tractament dels problemes de salut de pacients, l'ús i prescripció de tractaments farmacològics i no farmacològics. L'IPA integra els rols de la *Clinical Nurse Specialist*, infermera especialista, *Certified Nurse Practitioner*, infermera professional, *Certified Nurse Midwife*, infermera matrona, i *Certified Nurse Anesthetist*, infermera anestesista (Institute of Medicine of the National Academies, 2011).

Hi ha divergències en la conceptualització de les infermeres especialistes com l'IPA. Mantzoukas i Watkinson (2007) adverteixen del risc de confondre la pràctica avançada en infermeria en substituïts de metges. L'IPA, tal com diu la definició de l'ICN, es caracteritza perquè té unes competències, funcions, denominació i àmbit de la pràctica variables segons el país i la situació competencial i estructural de la pràctica infermera.

Des de l'inici del reconeixement de la pràctica experta en infermeria, s'han definit alguns models teòrics, dels quals la Dra. Patricia Benner va ser la pionera. De fet, pot considerar-se la precursora de la infermeria de pràctica avançada.

En la seva primera publicació, *From novice to expert*, traduïda com «Pràctica progressiva en Enfermeria», Benner (1987) va observar i investigar infermeres de cures intensives, i va arribar a la conclusió que la infermera experta és la que, a més de coneixement teòric, té un coneixement pràctic en la seva àrea que l'ha portat a adquirir una experiència professional i expertesa que la fa capaç de detectar, afrontar i resoldre problemes en la seva pràctica diària sense haver de fer cap raonament teòric. Si no es fa l'anàlisi teòrica, de vegades és difícil explicar als altres professionals com ha detectat aquests problemes. Una de les característiques de la infermera experta és la capacitat de veure el pacient en tot el seu conjunt, inclòs el seu entorn social i familiar. L'expertesa no s'ha de confondre amb l'experiència, perquè, encara que sí que s'estableixen tempos aproximats per anar adquirint-la, no totes les infermeres necessiten el mateix temps, ni totes arriben al nivell màxim en la seva àrea. Tampoc

és una competència que es manté per sempre, perquè en canviar de lloc de treball, servei, es torna a iniciar el procés d'aprenentatge.

Seguint el mètode d'adquisició d'habilitats definit pels germans Dreyfus (1980), Benner (1987, cap. 2, p. 48-65) en va fer una adaptació, i va establir cinc nivells en les infermeres segons la seva expertesa, que s'expliquen a continuació i es detallen en la taula 1:

- *Principiant*. No té quasi experiència. La seva pràctica es basa en regles que segueix de manera inflexible sense fer cap raonament crític. No sap prioritzar davant les situacions. Correspon als estudiants i a les infermeres que s'inicien en un nou servei assistencial.
- *Principiant avançada*. Per la seva visualització repetida de les situacions, comença a tenir capacitat per afrontar-les, malgrat que continua necessitant el consell continuat d'infermeres més expertes. Li costa encara prioritzar davant situacions complexes. S'hi inclouen els que s'acaben de graduar.
- *Competent*. La seva pràctica clínica es basa en la planificació de les intervencions i no en les necessitats dels pacients. Sap gestionar problemes que surtin de la seva rutina, però no té la capacitat de preveure'ls. Li costa fer una gestió acurada del temps. Com a mínim han d'haver passat 3 anys per assolir-la.
- *Avantatjada*. Entén les situacions que se li presenten com un tot veient el pacient com el centre de les necessitats i tenint en compte altres factors influents com la família. Es basa en la seva experiència pràctica. Sap adaptar-se a les situacions del moment i preveure situacions inesperades.
- *Experta*. No necessita un judici analític. No es basa en regles, pautes establertes, sinó en la seva pròpia experiència davant situacions de la mateixa mena, la qual cosa li fa afrontar-les amb seguretat. Se centra en el nucli del problema. Li és difícil explicar com resol els problemes, precisament per la resposta inherent al judici clínic que en fa. És consultora d'altres infermeres. Com a mínim ha d'haver passat 5 anys en el mateix lloc de treball per assolir aquest grau d'expertesa.

Taula 1. *Etales de l'adquisició d'habilitats de Patricia Benner.*

Etapa	Experiència	Abordatge de la professió
PRINCIPIANT	Estudiants	Regles i pautes fixes. Conducta limitada, i inflexible.
PRINCIPIANT AVANÇAT	Acabats de graduar	Es guia per normes i pautes. No prioritza. Necessita una infermera més avantatjada.
COMPETENT	2-3 anys experiència	Capacitat de planificació. Atenció basada en tasques, no en les necessitats del pacient. Manca de flexibilitat.
AVANTATJAT	3-5 anys experiència	Percep una situació com un tot basant-se en l'experiència pràctica. Visió holística que incorpora la família.
EXPERT	> 5 anys experiència	No necessita cap raonament analític. Se centra en el nucli del problema. Li resulta difícil explicar-ne la resolució. Funció de consultors.

Nota: Adaptat de Benner (1987).

En el model teòric de Benner (1987, cap. 3, p. 74), es defineixen set dominis reflectits en set capítols del seu primer llibre, que corresponen a les competències transversals de la infermera experta:

- El rol d'ajuda
- L'administració i monitoratge de les intervencions
- La gestió eficaç de situacions d'urgència
- El diagnòstic i monitoratge
- La funció de docent-entrenador
- Monitorar i garantir la pràctica de les cures de la salut
- L'organització i el rol en la pràctica professional

Posteriors a Benner, diversos autors van introduir nous models per definir la pràctica avançada en infermeria. Comellas (2016), en la seva tesi doctoral, fa una recerca i comparativa de les característiques d'aquests models, que donen com a resultat la confluència en la importància de la pràctica clínica infermera. Els models inclouen com a competències centrals de les IPA el lideratge, la col·laboració, la mentoria i l'orientació, l'empoderament, la docència i el lideratge clínic (taula 2).

La competència de la infermera com a consultora d'altres professionals és introduïda per Fenton i Brikczynski (1993), posteriorment a la definició de Benner, i mantinguda pels altres models posteriors. Els models de Shuler (1993), Calkin (1994) i Hamric (1996) centren la força del model en la formació que ha de tenir l'IPA, a diferència dels altres models (Fenton i Brikczynski, 1993; Strong, 1996; Brown's, 1998; Oberle i Allen, 2001; Ball i Cox, 2003), que com es pot veure a la taula 3, no entenen la formació de l'IPA com un requisit per la seva definició.

En aquesta investigació es considera seguir com a model teòric per definir les IPA, el d'Hamric et al. (2019). La importància de la formació prèvia, la preparació pràctica, tenir com a competència central la pràctica clínica directa, tenint en compte que els criteris i competències bàsiques són comunes a totes les IPA, i que les diferències depenen de les necessitats de la població o de l'especialització de la IPA, ve molt en concordança amb el model de competències de la infermera d'anestèsia definida per l'IFNA, la qual cosa es detallarà més endavant d'aquesta investigació.

Taula 2. Comparació dels models conceptuals de l'IPA.

	Àmbit d'aplicació	Origen del model	Pràctica clínica de l'IPA	Formació	Importància pràctica assistencial IPA
Benner (1987)	Tots els àmbits	Pràctica assistencial	SÍ	NO	NO
Fenton i Brikczynski (1993)	Tots els àmbits	Pràctica assistencial	SÍ	NO	NO
Shuler (1993)	Tots els àmbits	Teòric	SÍ	SÍ	NO
Calkin (1994)	Tots els àmbits	Pràctica assistencial	SÍ	SÍ	NO
Strong (1996)	UCI	Pràctica assistencial	SÍ	NO	SÍ
Hamric (1996)	Tots els àmbits	Pràctica assistencial	SÍ	SÍ	SÍ
Brown's (1998)	Tots els àmbits	Pràctica assistencial	SÍ	NO	SÍ

Taula 2. Comparació dels models conceptuals de l'IPA. Continuació.

	Àmbit d'aplicació	Origen del model	Pràctica clínica de l'IPA	Formació	Importància pràctica assistencial IPA
Oberle i Allen (2001)	Tots els àmbits	Pràctica assistencial	SÍ	NO	NO
Ball i Cox (2003)	UCI	Pràctica assistencial	SÍ	NO	NO

Nota: Adaptat de *La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán. Avanzando en la disciplina enfermera* per Comellas (2016).

Taula 3. Competències definides pels diferents models de l'IPA.

	Col·laboració	Consultoria	Orientació	Mentoria	Empoderament	Docència	Lideratge professional	Lideratge clínic
Benner (1987)	X	NO	X	X	X	X	X	X
Fenton i Brikczynski (1993)	X	X	X	X	X	X	X	X
Shuler (1993)	X	X	X	X	X	X	X	X
Calkin (1994)	X	X	X	X	X	X	X	X
Strong (1996)	X (considerades a definició del model)							
Hamric (1996)	X (considerades a definició del model)							
Brown's (1998)	X	X	X	X	X	X	X	X
Oberle i Allen (2001)	X	X	X	X	X	X	X	X
Ball i Cox (2003)	X	X	X	X	X	X	X	X

Nota: Adaptat de *La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán. Avanzando en la disciplina enfermera* per Comellas (2016).

MODEL INTEGRATIU DE HAMRIC

Hamric et al. (2019, cap. 3, p. 64) defineixen l'IPA com la infermera que, després d'una formació teòrica i una preparació pràctica acurada, agrupa uns criteris primaris i competències nuclears que deriven d'una competència central, que és la pràctica clínica directa. Totes les IPA comparteixen els criteris i competències primàries malgrat que el seu àmbit d'actuació sigui diferent segons les necessitats de la població o la seva especialitat. Amb aquesta definició pretén deixar clar que les IPA no duen a terme competències de la professió mèdica, sinó que la pràctica avançada en infermeria engloba uns coneixements i unes habilitats pròpies de la professió infermera. Quan les infermeres han començat a realitzar-les, i a incorporar-les en les cures pròpies de la professió, donant-los un valor clínic afegit, s'han convertit en competències de la professió.

El seu model pressuposa com a IPA les *Clinical Nurse Specialist*, les *Certified Nurse Practitioner*, les *Certified Nurse Midwife* i les *Certified Nurse Anesthetist*.

A continuació en els apartats següents es descriurà amb més profunditat el model integratiu d'Hamrich, perquè hi conflueixen una sèrie d'aspectes que, sumats, donen com a resultat la pràctica avançada en infermeria: els criteris primaris, les competències nuclears i els elements crítics de l'entorn.

Criteris Primaris

Són els criteris o certificacions que ha d'assolir una infermera per iniciar-se com a IPA, però per aquests sols no donen la capacitació per arribar a ser-ho. Com que són criteris fàcils de quantificar, molts països els utilitzen per determinar la certificació de les IPA.

- **Formació.** S'ha d'haver cursat un programa de formació postgraduada tipus màster que inclogui 500 hores de pràctica clínica o doctorat de 1.000 hores, d'una especialitat o àmbit concret. El fet de requerir el nivell de màster assegura uns estàndards que donin uniformitat a la professió.
- **Certificació.** La certificació nacional, en finalitzar el programa postgraduat, Hamric et al. (2019, cap. 3, p. 66) la considera un criteri primari per homogeneïtzar els coneixements adquirits en els diferents programes que poden ocórrer en un mateix país. En aquest sentit, les

CRNA són les que tenen més experiència i antiguitat en l'adjudicació dels certificats (Matsusaki i Sakai, 2011).

- **Pràctica centrada en el pacient i família.** És el criteri que condiona que una infermera que no realitzi la pràctica diària amb el pacient i família sigui considerada com a IPA malgrat que compleixi els altres dos criteris. Aquí deixa fora infermeres de l'àmbit de la docència, la gestió i la investigació. La justificació que presenta és que la infermeria és una professió bàsicament pràctica i manté que la relació infermera-pacient conforma el nucli de la professió (Hamric et al., 2019, cap. 3, p. 66).

Competències Nuclears

Les competències de les infermeres de pràctica avançada, segons Hamric (2019, cap. 3, p. 69), venen marcades per una competència central, pràctica clínica directa, i altres sis que la complementen. A continuació es descriuen segons les autores:

- **Pràctica clínica directa.** És la competència central d'una IPA. Amb l'assoliment i l'excel·lència en aquesta pràctica, es poden desenvolupar les altres competències.

Està formada per sis característiques: ús d'una perspectiva holística, educació dels pacients amb coordinació terapèutica, pensament clínic expert, ús de la pràctica reflexiva, ús de l'evidència basada en la pràctica i l'ús d'aproximacions per la gestió de la salut i la malaltia. Aquestes característiques són les que marquen la diferència entre una infermera i una IPA.

El contingut d'aquesta competència central serà definit per la formació i graduació rebuda per la IPA, basada en tres pilars: fisiopatologia, farmacologia i avaluació física. Lògicament, aquest contingut és significativament diferent segons l'especialitat de l'IPA.

Les altres sis competències que són complementàries a la central són:

- **Orientació.** L'orientació i acompanyament dels pacients, la prevenció, l'educació i l'empoderament, la tutoria i el consell en processos llargs, són les característiques que defineixen aquesta competència. L'orientació des d'un punt de vista infermer és una interacció professional-pacient, feta

de manera experta, intencionada i estructurada per assolir els objectius pactats amb els pacients.

- **Consultoria.** Els coneixements i les habilitats adquirides donen la capacitat a l'IPA d'explicar i fer créixer la pràctica tant d'altres infermeres, d'altres IPAS i d'altres professionals de l'equip de salut. No fa judicis de valor ni utilitza estereotips en les relacions que estableix; al contrari, vetlla per mantenir un entorn càlid, confidencial i de respecte.
- **Recerca.** L'IPA es prepara durant la seva formació per utilitzar la millor evidència en la pràctica clínica. La seva formació de màster la capacita per generar recerca original, com a col·laboradora recol·lectant dades, o com a membre actiu d'un assaig clínic. En el cas de seguir un programa de doctorat, rep una formació més acurada en recerca que li ha de permetre constituir i dirigir grups de recerca infermers.
- **Líder.** Segons Carter i Reed (Hamric et al., 2019, cap. 11, p. 269), les característiques de lideratge d'una IPA són la mentoria, amb una visió compartida i fent autoreflexió per acompanyar els altres; l'empoderament, educant, promovent estructures i donant el suport necessari perquè ajudin els altres en el procés de canvi, i la innovació, promovent l'aportació d'idees, la flexibilitat, la credibilitat, i donant-hi exemple, i sent un agent del canvi actiu.
- **Col·laboració.** És una de les competències nuclears que s'executa paral·lelament a altres durant l'exercici de l'IPA. La col·laboració va des de quelcom individual, amb els pacients, família i companys de l'equip de salut, fins a organismes nacionals i internacionals, siguin d'assistència directa o organitzacions professionals i/o polítiques.
- **Presca de decisions ètiques.** Aquesta competència l'exerceix l'IPA i es deriva d'un procés dinàmic i no lineal que engloba quatre fases. S'inicia amb el desenvolupament del coneixement de les bases i teories de l'ètica, el codi i els estàndards professionals, precedents legals. Segueix amb una aplicació d'aquest coneixement teòric après elaborant marcs ètics i estratègies de mediació i facilitadors per acabar creant entorns de prevenció de dilemes ètics i la conscienciació de l'equip de les possibles barreres ètiques que puguin aparèixer. L'IPA participa en accions encaminades a promoure la justícia social i la salut dels diferents membres de la comunitat.

Elements Crítics de l'Entorn

L'àmbit sanitari i de les cures de la salut és molt diferent d'un entorn, societat o país a un altre. Les infermeres són una part molt important i rellevant d'aquest àmbit sanitari, perquè les característiques de l'àmbit, la seva gestió i la seva organització condicionen directament aquest col·lectiu. Així mateix, l'entorn sanitari està permanentment en un procés no estàtic, de canvi.

Per aquest motiu, Hamric et al. (2019, cap. 3, p. 74) no introdueixen aquests elements en la definició d'IPA, però sí que estan descrits en el seu model, perquè l'IPA els tingui presents durant la seva pràctica:

- Les polítiques de salut
- Les normatives, marc legal i els processos d'acreditació
- La gestió de les empreses de salut
- La cultura i l'estructura de les organitzacions
- L'avaluació i els programes de qualitat assistencial
- El màrqueting i la contractació
- La planificació del negoci i el reemborsament de la contraprestació

Val a dir que aquests dos últims elements es defineixen basant-se en un marc aplicat al sistema de salut dels Estats Units, en el qual la sanitat és privada i les IPA són contractades com a proveïdors externs.

SITUACIÓ DE LA INFERMERA DE PRÀCTICA AVANÇADA

El rol de la IPA s'està estenent a diferents països del món. Les primeres IPA apareixen als EUA a principis del segle xx per afrontar una necessitat d'assistència sanitària en àrees rurals o àrees amb un alt nivell d'immigració, o en el cas de les infermeres anestesistes, al front de les guerres. Les primeres publicacions referides en aquest àmbit es troben als anys setanta. A partir dels anys vuitanta, es van desenvolupant models derivats de l'IPA en altres països com Regne Unit, Canadà, Holanda, Brasil i Austràlia (Mantzoukas i Watkinson, 2007).

En l'àmbit mundial. Actualment, el rol de la IPA està assentat i regulat en molts països, i en creixement en molts altres. Les definicions i professionals que engloba també són diferents segons el país. A Europa, el Regne Unit és el país on més història i trajectòria té la figura d'IPA en forma de diferents rols o especialitats,

malgrat que no hi ha una regulació específica per llei (San Martín-Rodríguez et al., 2018). Irlanda i Noruega són els països on els rols de l'IPA estan plenament desenvolupats i reconeguts legalment, a diferència d'altres com Finlàndia, Suècia i Holanda, on tot i que existeixen els rols, no hi ha una legislació general. En països com Alemanya, Dinamarca i Bèlgica no es troben models d'IPA en el context sanitari (Carney, 2016).

Pulcini (2010), en un estudi internacional en el qual van participar professionals de 32 països, va identificar 13 nomenclatures que corresponen a una IPA. Hi ha dos models reconeguts i àmpliament utilitzats en la majoria de països on s'aplica la pràctica avançada en infermeria (Delamaire i Lafortune, 2010):

Nurse Practitioner. És una infermera que pot fer diagnòstics, cribratges, prescripcions farmacològiques, sol·licitar proves diagnòstiques, fer el seguiment de pacients crònics, dur a terme educació per a la salut, tasques de coordinació, de manera autònoma o bé amb un equip amb un facultatiu mèdic. El seu àmbit de treball és l'atenció primària prioritàriament, encara que es troben models en l'àmbit hospitalari.

Clinical Nurse Specialist. La pràctica clínica, l'educació per a la salut, el lideratge, la recerca i el rol consultor expert per a pacients i professionals en situacions complexes, són les competències que identifiquen aquests professionals i que aporten un grau de qualitat elevat a la cura dels pacients. Habitualment es troben en l'àmbit hospitalari.

A Espanya. La dificultat de la implantació de la pràctica avançada d'infermeria a Espanya té una multicausalitat, una de les quals és una història molt diferent quant al model de salut i a la formació dels seus professionals, entre els quals les infermeres.

Tal com afirmen Pedro-Gómez i Morales-Asensio (2018), les infermeres especialistes no han de confondre's amb les IPA. Poden haver-hi especialistes que exerceixin un rol d'IPA, així com infermeres generalistes que tinguin un rol d'IPA en un context en què no s'ha definit l'especialitat, com seria el cas de la infermera d'anestèsia. L'International Council of Nurses – Advanced Practice Network sí que reconeix algunes especialitats, com les llevadores i les infermeres anestesistes, com a rols de pràctica avançada en la definició i concreció d'aquesta pràctica (ICN, 2020). No obstant això, les competències d'aquestes professionals, concretament de

les segones, és molt variable depenent dels països, per la qual cosa, més enllà d'una definició teòrica pròpia, és la pràctica i la situació específica el que poden definir una especialista com IPA (ICN, 2020).

La regulació de les especialitats infermeres a Espanya ve condicionada per la història de la professió infermera a Espanya. Les especialitats infermeres han viscut molts canvis des de 1957, quan es van regular les especialitats d'assistència obstètrica i fisioteràpia pel que fa als ajudants tècnics sanitaris. Entre 1961 i 1964 van aparèixer les especialitats de Radiologia i Electrologia, Podologia, i Infermeria Pediàtrica i Puericultura. El 1970 es defineix l'especialitat de Neurologia i Psiquiatria, i les d'Anàlisi Clíniques el 1971, i Urologia i Nefrologia apareixen el 1975 (López Montesinos, 2004). Fins aquest moment les especialitats infermeres segueixen un model biomèdic, centrat en la malaltia. A partir del 1987 i amb el Reial decret 992/1987 es va iniciar un procés de regulació del procediment per a l'obtenció del títol d'infermer especialista. El 2005 es promulga el Reial decret 450/20, que modifica les especialitats infermeres que existien i es regula la formació i accés de set especialitats: Infermeria Obstètrica-Ginecològica, Infermeria en Salut Mental, Infermeria del Treball, Infermeria Geriàtrica, Infermeria Familiar i Comunitària, Infermeria Pediàtrica i Infermeria de Cures Medicoquirúrgiques (Reial decret 450/2005, de 22 d'abril, sobre especialitats d'infermeria, 2005). Infermeria Obstètrica-Ginecològica, Infermeria en Salut Mental i Infermeria del Treball són les primeres que es van convocar immediatament després de publicar el decret. Infermeria Geriàtrica, Infermeria Familiar i Comunitària, i Infermeria Pediàtrica no van iniciar el programa formatiu fins al 2010. En el cas d'Infermeria de Cures Medicoquirúrgiques, com s'ha comentat en la introducció, encara no s'han definit les activitats i competències ni el programa formatiu definitiu, i no hi ha cap titulació requerida per a la pràctica en aquest camp.

A Espanya van aparèixer les primeres publicacions referides a l'IPA a inicis del 2000, i permetien reconèixer alguns rols infermers que s'hi assemblaven. Són models que emergeixen de l'àmbit de l'atenció primària, l'atenció a la cronicitat i complexitat i a les unitats de suport vital avançat, primeres experiències referides a Andalusia, Catalunya i el País Basc. Per la seva gestió de les situacions complexes i de manera holística, la capacitat de prescripció de proves diagnòstiques, la decisió d'admissió dels pacients, van ser mereixedores de la denominació d'infermeres de pràctica avançades. En l'actualitat, aquests models s'han refermat en la sanitat

en forma d'infermeres gestores de casos, l'atenció domiciliària a la gent gran, la salut mental, la gestió en els programes de cribratge de càncer, i altres més que van apareixent, encara que no estigui reconegut un programa formatiu oficial d'àmbit nacional (San Martín-Rodríguez et al., 2018).

Una de les competències definides per l'ICN (2020) de les IPA, la prescripció farmacològica, ha estat un debat i lluita legal de les infermeres a Espanya des dels inicis del 2006, en què la llei del medicament reconeixia els metges o els odontòlegs com els únics professionals amb facultat d'ordenar la prescripció de medicaments i productes sanitaris. El Consell General d'Infermeria i diferents comunitats autònomes com Andalusia, Cantabria, Balears i Catalunya, van treballar en els anys següents diferents propostes per a l'autoregulació de la prescripció infermera. El 23 de desembre de 2015 es va publicar al *Butlletí Oficial de l'Estat* el Reial decret 954/2015, pel qual es vol regular la indicació, l'ús i l'autorització de la dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers, i queda aprovat que la prescripció continua sent únicament competència del professional mèdic (Reial decret 954 de 2015, pel qual es regula la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers, 23 de desembre de 2015). A finals del 2018 es va modificar el reial decret anterior, s'hi va incorporar la «prescripció infermera» i es va regular la sol·licitud, tramitació i emissió de l'acreditació per a la prescripció a les comunitats autònomes. També afegia que es permetia la prescripció dels medicaments i productes no subjectes a prescripció mèdica a les infermeres (Reial decret 130 de 2018, pel qual es modifica el Reial decret 954/2015, de 22 d'octubre de 2018). El 27 d'agost del 2019 es va publicar el Decret 180/2019 al *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, «pel qual es regula el procediment d'acreditació de les infermeres i els infermers per a l'exercici de la indicació, ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà». A Catalunya s'inicia un procés d'acreditació de les infermeres que prestaven els serveis en els centres del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) i que acreditessin una experiència mínima d'un any com a infermera (cures generals) o com a infermera especialista (cures especialitzades) en el mateix centre en la data d'entrada en vigor d'aquest decret.

El Reial decret 30/2018 estableix que perquè els infermers poguessin prescriure els medicaments subjectes a prescripció mèdica, calia elaborar unes guies clíniques o protocols en l'àmbit nacional. El novembre de 2020 es va publicar la *Guia de ferides* (Resolució de 20 d'octubre de 2020, de la Direcció General de Salut Pública, per la que es valida la «Guia per la indicació, ús i l'autorització de dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica per part dels infermers/es de: Ferides»), i aquest 2022 s'han publicat la *Guia de cremades* (Resolució de 8 de juliol de 2022, de la Direcció General de Salut Pública, per la qual es valida la «Guia per a la indicació, ús i l'autorització de dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica per part dels infermers/res: Cremades», 2022), la *Guia d'hipertensió i diabetis mellitus tipus I i tipus II* (Resolució de 30 de juny de 2022, de la Direcció General de Salut Pública, per la que es validen les «Guies per la indicació, ús i l'autorització de dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica per part dels infermers/es de: Hipertensió, i la de: Diabetis mellitus tipus 1 i tipus 2») i la *Guia d'Ostomies* (Resolució de 22 de desembre de 2022, de la Direcció General de Salut Pública, per la qual es valida la «Guia para la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica per part dels infermers/es d'Ostomies»).

La qualitat de l'atenció proporcionada pels models on està implantada l'IPA, presenta resultats objectivament millors en la cura dels pacients respecte a aquells en els quals no està implantat el model de salut amb IPA, com la disminució en el nombre d'hospitalitzacions, la satisfacció dels usuaris i el millor control del dolor (McDonnell et al., 2015). Morilla-Herrera (2013), en una revisió sistemàtica, va reclamar la necessitat i els avantatges de reconèixer aquests models i integrar-los en la gestió sanitària, unificant criteris i objectius per poder fer comparacions i investigacions metodològicament més adequades.

Potser també la falta de consens en la conceptualització de l'IPA és un altre motiu que no ajuda a l'aparició, institucionalització i promoció d'aquests nous rols (Morales Asensio, 2012). La falta de legislació, per descomptat, juntament amb la variabilitat del sistema de salut al nostre país i la diferència amb els països anglosaxons, és una dificultat més per superar.

Tot i això, malgrat el reconeixement de les institucions i les publicacions a Espanya, l'IPA no està regulada per llei. El 2015 hi va haver un intent de regular l'acreditació de la formació continuada i pràctica avançada, amb la publicació d'un reial decret, però ara com ara no hi ha hagut un desplegament posterior unànim (Reial decret 239 de 2015, pel qual es regulen els diplomes d'acreditació i els diplomes d'acreditació avançada, 10 de juliol de 2015). En aquest sentit, diverses universitats espanyoles han apostat en els últims anys per incorporar als seus programes de formació postgraduada l'àmbit de la pràctica avançada. És el cas de la Universitat de Navarra (Universidad de Navarra, 2018), la Universitat de Cadis (Universidad de Cádiz, 2018) i la Universitat de Barcelona (Universitat de Barcelona, 2018).

La implementació de la pràctica avançada no pot estar condicionada per la manca total de professionals mèdics, ja que no és el cas d'Espanya, que està entre els 10 països amb més nombre de metges de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) amb una taxa de 3,9/1.000 habitants per sobre de la mitjana, que està marcada en 3,4/1.000 habitants. Les infermeres, al contrari, representen una taxa de 5,4/1.000 habitants, i la mitjana dels països de l'OCDE és de 9/1.000 habitants. Així, la proporció d'infermeres o metges a Espanya és d'1,4 per sota de la mitjana, que és de 2,8 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2018).

Si es comparen les dades d'Espanya amb les d'altres països on l'IPA està més consolidada, com el Regne Unit (ràtio infermera/metge 2,8), EUA (ràtio infermera/metge 4,1) o Noruega (ràtio infermera/metge, 3,9) o Finlàndia (ràtio infermera/metge 4,6), observem que la ràtio infermera/metge està molt per sobre en aquests últims. Aquesta dada podria ser un indicador del model biomèdic que s'ha desenvolupat a Espanya, més centrat en la malaltia que en la salut, que, malgrat les intencions dels últims anys, deixa de banda el model salutogènic, per la qual cosa, el model de l'IPA pot ser difícil d'encaixar en el nostre país.

En el cas dels anestesiòlegs i infermeres d'anestèsia, motiu d'estudi d'aquesta tesi, la situació és una mica diferent. Meeusen et al. (2010) van fer un estudi europeu per veure com i qui formava l'equip d'anestèsia en els països europeus. La mitjana de la ràtio d'anestesiòlegs/100.000 habitants era de 13,55. La ràtio d'infermeres d'anestèsia/100.000 habitants era molt variable depenent els països

(1,6-66,4), tenint en compte que en el 50 % dels casos no es va declarar la figura de la infermera d'anestèsia. La ràtio d'anestesiòlegs a Espanya era d'11,1, xifra per sota de la mitjana i no es va declarar cap infermera d'anestèsia. Es pot pensar que en els països que reconeixen la figura de la infermera d'anestèsia, la ràtio d'anestesiòlegs és més baixa, però no va ser aquesta la situació, com es pot apreciar en la taula 4. Lituània, amb una ràtio de 14,0 anestesiòlegs / 66,4 infermeres d'anestèsia, i Luxemburg, amb una ràtio de 16,1 anestesiòlegs / 63,1 infermeres d'anestèsia, en són un exemple. Noruega (15,9 anestesiòlegs / 32,9 infermeres d'anestèsia) i Suècia (23,7 anestesiòlegs / 44,2 infermeres d'anestèsia) tenien una ràtio d'infermeres més baixa, però seguien amb la mateixa tendència. A la banda contrària hi ha Bulgària (9,0 anestesiòlegs / 15,5 infermeres d'anestèsia), Hongria (9,0 anestesiòlegs / 12,0 infermeres d'anestèsia), Holanda (9,3 anestesiòlegs / 15,1 infermeres d'anestèsia) i Eslovàquia (9,3 anestesiòlegs / 27,8) amb infermeres d'anestèsia que sí que estan per sota de la mitjana de ràtio d'anestesiòlegs i tenen també en el sistema de salut la infermera d'anestèsia (Meeusen et al., 2010).

Taula 4. Ràtio anestesiòlegs/infermeres d'anestèsia a països europeus.

País	Ràtio anestesiòlegs/ 100.000 habitants	Ràtio infermeres d'anestèsia /100.00 habitants
Alemanya	21,2	0
Àustria	17,8	0
Bèlgica	17,5	0
Bulgària	9,0	15,5
Dinamarca	16,3	27,2
Eslovàquia	9,3	27,8
Espanya	11,1	0
Estònia	21,4	41,1
Finlàndia	19,0	0
França	12,9	13,7
Grècia	8,7	0
Holanda	9,3	12,1
Hongria	9,0	12,0

Taula 4. Ràtio anestesiolègls/infermeres d'anestèsia a països europeus. Continuació.

País	Ràtio anestesiolègls/ 100.000 habitants	Ràtio infermeres d'anestèsia /100.00 habitants
Irlanda	8,2	0
Islàndia	19,0	22,3
Itàlia	18,5	0
Letònia	15,2	0
Lituània	14,0	66,4
Luxemburg	16,1	63,1
Malta	12,5	0
Noruega	15,9	32,9
Polònia	7,5	1,6
Portugal	9,0	0
Regne Unit	10,7	0

Nota: Adaptat de *Composition of the anesthesia team: A European survey* (p. 776), per Meeusen et al., 2010, *European Journal of Anaesthesiology*, 27(9).

El 2011 Barber Pérez et al. (2010), en un informe per al Ministeri de Sanitat, van explorar les especialitats mèdiques a Espanya, i es va observar una ràtio de 10,4 anestesiolègls/100.000 habitants, mentre que es van trobar diferències notables entre les diferents comunitats autònomes. La Comunitat de Cantàbria era la que tenia una ràtio més elevada, de 15,9, i Catalunya la que tenia menys professionals, amb 6,5. El 2021 aquestes dades es van tornar a analitzar i es va observar un increment de la ràtio a 14,9 anestesiolègls, de manera que se seguien observant diferències entre les diferents comunitats autònomes, i el País Basc era la que tenia una ràtio més elevada, 21,3. Ceuta i Melilla la més baixa, amb una ràtio de 9,6, i Catalunya tenia una ràtio de 16 (Barber Pérez i González López-Valcárcel, 2022). En la taula 5 es poden veure les diferències entre els dos estudis per comunitats autònomes.

Taula 5. Evolució de la ràtio d'anestesiòlegs per comunitats autònomes 2009-2021.

Comunitat autònoma	Ràtio n. Anestesiòlegs/ 100.000 habitants, 2009	Ràtio n. anestesiòlegs/ 100.000 habitants, 2021
Andalusia	8,5	10
Aragó	13,7	17,3
Canàries	9,2	11,5
Cantabria	15,9	19
Castella i Lleó	11,4	14,3
Castella-la Manxa	9,8	13,1
Catalunya	6,5	16
Ceuta i Melilla	7,7	9,6
Comunitat Foral de Navarra	14,8	16,7
Comunitat de Madrid	13,4	18,5
Comunitat Valenciana	10,3	14,6
Extremadura	11,8	14,6
Galícia	12,6	17,8
Illes Balears	10,5	13,3
País Basc	15,3	21,3
Principat d'Astúries	14,2	16,1
Regió de Múrcia	11,4	14,7
Rioja, La	7,8	10,12

La difícil conceptualització de l'IPA, la seva variabilitat d'aplicació i la complexa implantació segons el context han portat a dissenyar i validar instruments per mesurar la pràctica avançada a Espanya. És el cas de Sevilla i Zabalegui (2016), que van traduir i validar a l'espanyol el qüestionari Modified Advanced Practice Nursing Role Delineation (M-Strong APRD) com l'Instrument de Definició del Rol de la Infermera de Pràctica Avançada (IDREPA), i Sastre Fullana (2016), que va dissenyar i validar l'Instrument per a l'Avaluació de Competències en Infermeres de Pràctica Avançada (IACIPA).

L'IDREPA està basat en l'instrument M-Strong APRD, que va ser dissenyat per Chang et al. (2010) a través d'un procés de validació de l'instrument en infermeres de l'àmbit de crítics d' Austràlia. L'IDREPA es va validar a l'espanyol en un hospital terciari/comunitari de Barcelona amb 151 infermeres, entre les quals infermeres generalistes i especialistes. Consta de 38 ítems integrats en sis dominis: planificació de les cures expertes, cures integrals, col·laboració interprofessional, formació, recerca i pràctica basada en l'evidència, i lideratge professional (Sevilla Guerra et al., 2017).

L'instrument final IACIPA dissenyat per Sastre-Fullana es va validar a partir d'una mostra de 600 infermeres de l'àmbit d'hospitalització d'aguts, de centres sociosanitaris i d'atenció primària del Sistema de Salut Autonòmic de les Illes Balears (Sastre Fullana, 2016). L'instrument constava de 44 ítems distribuïts en vuit dominis: recerca i pràctica basada en l'evidència, lideratge professional i clínic, autonomia professional, interrelacions professionals i mentoria, gestió de la qualitat, gestió de les cures, docència i educació i promoció de la salut.

Com es pot observar, no hi ha grans diferències en les competències centrals definides com a dominis, dels dos instruments validats.

A Catalunya. Catalunya, com ja s'ha explicat en l'apartat anterior, va ser una de les comunitats pioneres en l'aparició i assentament de rols avançats en la professió d'infermera a principis del 2000. Seguint els models avançats dels països veïns europeus, apareixen les primeres infermeres gestores de la demanda en l'atenció primària (Fabrellas et al., 2011), les Unitats de Suport Vital Avançat infermer (USVAi) per a l'atenció extrahospitalària ràpida d'una unitat formada per una infermera i un tècnic, les infermeres gestores de casos tant a assistència primària com hospitalària, infermeres referents en les seves àrees com salut mental, oncologia, pediatria, i la infermera d'anestèsia, que és el motiu central d'aquest estudi (Sastre-Fullana et al., 2015).

En els últims anys, l'interès per la definició i reconeixement d'aquests rols ha portat a la investigació i publicació d'estudis que intenten recollir informació tan exacta com sigui possible envers la situació. És el cas de Comellas (2016), que va publicar la seva tesi envers la pràctica avançada en les infermeres de Catalunya. L'autora pren com a marc teòric Hamric, per qui, com s'ha explicat anteriorment, la pràctica avançada és un recull de criteris primaris, competències nuclears i

la interacció de l'entorn que conflueixen en l'IPA, i du a terme una investigació qualitativa per explorar, entendre i definir els diversos rols infermers que conviuen als centres sanitaris de Catalunya. Una altra característica que es reflecteix en la investigació és que entén l'IPA com una infermera que té un alt grau d'expertesa en la seva àrea i una formació de màster o doctorat en aquesta mateixa àrea, cosa que li dona no només experiència, sinó un mestratge teòric afegit.

Sevilla Guerra i Zabalegui (2017) van publicar els resultats de la seva investigació realitzada a l'Hospital Clínic de Barcelona, en la qual, a partir del qüestionari IDREPA, van pretendre identificar les competències dels diferents rols implantats d'IPA. Les infermeres especialistes obstètriques i les infermeres d'atenció urgent prehospitalària són figures recollides com a IPA en l'estudi de Sevilla i Zabalegui; però no en el de Comellas (2016). Les infermeres gestores de casos, ja sigui de cronicitat, fragilitat, de ferides, intrahospitalàries o extrahospitalàries i les infermeres d'anestèsia són presents en les dues investigacions com a rols d'IPA (Comellas Oliva, 2016; Sevilla Guerra, 2018).

Des de la càtedra de Gestió, Direcció i Administració Sanitària, Gutiérrez i Ferrús (2018) va iniciar una recerca per determinar els nous rols infermers que han aparegut en els hospitals d'aguts en els últims anys. Els resultats es van obtenir a partir d'una enquesta realitzada a les direccions d'infermeria per detectar aquests rols, i, posteriorment, amb un grup de discussió amb expertes, que va validar els rols i els va definir. Els rols emergents i definits van ser: infermera referent, infermera gestora de casos, infermera clínica i infermera de pràctica avançada. Com a conclusions es van destacar l'elevada formació que tenien les infermeres, la necessitat de regular la formació segons les demandes del sistema i el reconeixement econòmic d'aquests nous rols (Gutiérrez Martí et al., 2018).

Des de la mateixa càtedra, posteriorment es va iniciar el projecte IPA.CAT 19, amb l'objectiu d'explorar la situació de les IPA a Catalunya en funció de les respostes de les mateixes infermeres. Per a tal objectiu, primer van fer la validació de l'instrument IDREPA al català (IDREPA-CAT), en la qual es valoraven sis dominis: Planificació experta de les cures, Atenció integral, Col·laboració interprofessional, Formació/Educació, Recerca i pràctica basada en l'evidència, i Lideratge professional (Gutiérrez et al., 2019).

De les 1.209 infermeres escollides per les direccions infermeres que van participar en tot el projecte, es van identificar 269 IPA segons l'IDREPA.CAT i amb formació de màster específica o especialitat. Noranta infermeres van ser identificades com a IPA segons IDREPA.CAT, però no tenien formació de màster o especialitat, i 850 infermeres no van assolir els sis dominis del qüestionari IDREPA.CAT. Les àrees d'expertesa amb més prevalença de les IPA que complien tots els criteris van ser l'envelliment, la cronicitat i el final de vida, seguides de les infermeres de salut mental, les d'atenció primària i comunitària, processos oncològics, diabetis i emergències. Les infermeres d'anestèsia, sedació i dolor, subjectes a aquesta investigació, van representar un 5,37 % de la població total d'IPA, de les quals el 12,3 % van ser identificades com a IPA i tenien formació de màster; el 3,1 % es va identificar com a IPA, però no tenia formació de màster i el 84,6 % no va assolir els sis dominis de l'IDREPA.CAT per haver estat considerades com a IPA (Gutiérrez et al., 2019).

En el mateix eix d'investigació, el 2020 part dels professionals sanitaris van explorar l'opinió de l'IPA. Els resultats variaven depenent de la categoria professional i del càrrec ocupat al centre de treball. Hi ha un alt grau d'acord entre metges i infermeres en què l'IPA és un referent dins l'equip assistencial i té la capacitat de liderar equips multidisciplinaris, que són un recurs efectiu i eficient per al sistema de salut i que des del Departament de Salut s'ha de potenciar la creació de treballs corresponents a IPA. Els punts en què hi ha més discrepància entre metges i infermeres són el grau d'autonomia de l'IPA, el grau de suport que reben dels metges i la realització i interpretació de proves diagnòstiques. Respecte a la dimensió de donar suport (a l'IPA) des de les institucions, és la que té uns nivells de consens més baixos en les diferents categories professionals, tant per part de metges com per part de les mateixes infermeres. No és així pel que fa als directius, que, contràriament, creuen que sí que donen el suport institucional corresponent a les IPA (Gutiérrez et al., 2009).

Com s'ha pogut comprovar, l'IPA a Catalunya és una figura emergent que requereix millores tant en la seva formació especialitzada, com en la legislació i regulació a les institucions. En aquest sentit, l'equip investigador va publicar un article de reflexió sobre la situació de les IPAs en anestèsia a Espanya (Sanclemente Dalmau et al, 2017).

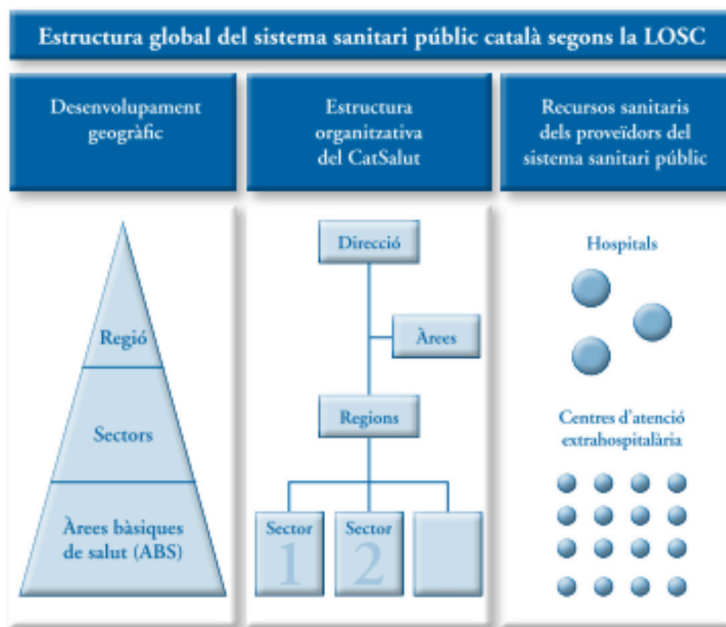
MARC SANITARI CATALÀ

L'any 1978 és l'any que Insalud transfereix les competències en higiene i salut pública a les comunitats autònomes. Aquest traspàs dona llibertat per planificar i gestionar l'assistència sanitària i la cartera de serveis, i s'assoleixen uns criteris mínims respecte al nombre de centres de salut i hospitalaris per nombre d'habitants (Cabo Salvador, 2010).

Catalunya va ser la primera comunitat que va rebre les transferències en sanitat el 1981 per part de l'Estat espanyol, que fins llavors havia dut a terme una gestió empresarial per donar servei a les necessitats sanitàries de la població per resoldre el dèficit d'inversions per part del Govern espanyol.

El sistema sanitari català es va crear formalment l'any 1990 amb l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), amb l'objectiu d'integrar en una sola xarxa d'utilització pública, tots els recursos hospitalaris de diferents tipus de proveïdors i fórmules de gestió. La Generalitat havia creat l'any 1985 la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) en què es va equiparar els centres de l'ICS amb els concertats, i per tant trencava amb la tradicional política de l'Institut Nacional de Previsió de considerar el concert, com quelcom residual. Posteriorment, es van anar constituint altres xarxes, com la sociosanitària i la salut mental. El 1991 es crea el Servei Català de la Salut, que passa a ser el primer ens públic d'una comunitat autònoma que configura centres, establiments i serveis de salut, fent una compra de serveis a les institucions, i no amb una gestió directa d'aquests serveis i promou el naixement del Pla de Salut com a instrument principal de planificació sanitària. D'aquí va néixer la xarxa hospitalària d'utilització pública, que, d'acord amb la LOSC, permet que centres hospitalaris de gestió privada puguin donar assistència a la població amb cobertura pública. L'any 2000 per mitjà del Decret 378/2000, del 21 de novembre, es va crear el Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT), que es representa a la figura 3, i que és el que perdura avui dia. Aquest sistema està format per organismes de titularitat públics com l'Institut Català de la Salut, consorcis sanitaris formats per organismes privats i organismes CatSalut, i centres de gestió privada, que comprèn tant hospitals d'aguts, com d'atenció a la cronicitat i la salut mental. Aquesta regulació va tenir lloc l'any 2000 (Geli i Fàbrega, 2010).

Figura 3. Estructura global del sistema sanitari català.



Nota: Adaptat d'*El sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut* (p. 27) per Geli i Fàbrega M., 2010.

Durant els anys següents, l'experiència, tant pel que fa a la gestió com a les persones ateses pels serveis de salut, és molt positiva. Per això, el 2010, per mitjà del Decret 196/2010, de 14 de desembre, es fa una ordenació i integració del sistema sanitari, no per localització geogràfica, sinó pel tipus de serveis que presta (Decret 196 de 2010, del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya [SISCAT], 14 de desembre de 2010). Així, el SISCAT es configura amb els proveïdors següents:

- Serveis d'internament (aguts, sociosanitaris, salut mental)
- Serveis comunitaris
- Serveis de transport sanitari
- Proveïdors potencials

A continuació es detallen els centres d'internament d'aguts, institucions en què es duen a terme intervencions que poden requerir activitat anestèsica segons les regions sanitàries de Catalunya (Decret 196 de 2010, del SISCAT, 14 de desembre de 2010):

Regió Sanitària d'Alt Pirineu i Aran

- Agrupació Europea de Cooperació Territorial Hospital de la Cerdanya
- Hospital de Puigcerdà
- Fundació Sant Hospital
- Hospital Comarcal del Pallars
- Espitau Val d'Aran

Regió Sanitària del Camp de Tarragona

- Centre MQ Reus
- Hospital Universitari Sant Joan de Reus
- Hospital de Sant Pau i Santa Tecla
- Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
- Pius Hospital de Valls
- Hospital del Vendrell
- Regió Sanitària Terres de l'Ebre
- Hospital Comarcal d'Amposta
- Hospital Comarcal Mora d'Ebre
- Clínica Terres de l'Ebre
- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Regió Sanitària de la Catalunya Central

- Hospital Comarcal Sant Bernabé
- Hospital d'Igualada
- Hospital Sant Joan de Déu de Manresa
- Hospital Universitari de Vic

Regió Sanitària de Lleida

- Clínica de Ponent
- Hospital Santa Maria
- Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Regió Sanitària de Girona

- Clínica Salus Infirmorum
- Hospital Comarcal de Blanes
- Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
- Hospital de Campdevàrol
- Hospital de Figueres
- Clínica Girona
- Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
- Hospital de Palamós
- Hospital Santa Caterina-Parc Hospitalari Martí Julià

Regió Sanitària de Barcelona

- Hospital Municipal de Badalona
- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
- ICO Badalona
- Institut Guttman
- Fundació Puigvert - IUNA
- Hospital Clínic de Barcelona
- Hospital Clínic de Barcelona, seu Sabino Arana
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Hospital de l'Esperança
- Hospital del Mar
- Hospital Dos de Maig
- Hospital Plató
- Hospital Sant Rafael
- Hospital Universitari Sagrat Cor
- Hospital Universitari Vall d'Hebron
- Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
- Hospital General de Granollers
- Hospital General de l'Hospitalet
- Hospital Universitari de Bellvitge
- ICO L'Hospitalet
- Hospital Sant Joan de Déu Barcelona
- Hospital de Mataró

- Hospital de Mollet
- Hospital de Sabadell
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu- Hospital General
- Hospital de Sant Celoni
- Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi
- Hospital Residència Sant Camil
- Fundació Hospital de l'Esperit Sant
- Hospital de Terrassa
- Hospital Universitari Mútua de Terrassa
- Hospital de Viladecans
- Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
- Hospital Sant Antoni Abat

PLA DE SALUT DE CATALUNYA

La Llei d'ordenació sanitària (LOSC) va establir la necessitat de redactar un pla de salut que fos la guia i instrument fonamental per a la política sanitària del Govern de la Generalitat. Des d'aleshores fins ara s'han establert 7 plans (1990, 1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005, A l'horitzó 2010, 2016-2020) fins a l'actual vigent Pla de Salut 2021-2025 (Departament de Salut, 2021).

El Pla de Salut 2021-2025 torna a tenir una vessant més estratègica i no tan operativa, en detriment dels últims plans definits al nostre país i en sintonia amb les planificacions i objectius promoguts per l'OMS. El Pla estableix els objectius de salut, és el pilar de la visió i direcció del sistema, per definir les polítiques de salut futures, lidera totes les actuacions de l'àmbit de la salut i les cohesiona. Més enllà de determinar projectes i programes establerts i continuar-los, ha de tenir una visió més global i àmplia del concepte de salut. Per això, es compromet a seguir altres marcs, objectius i línies estratègiques dissenyades globalment (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas, 2019; WHO, 2018, 2021).

Amb aquest objectiu i d'acord amb uns criteris ètics, el Pla proposa que totes les accions i objectius han d'anar encaminats a promoure i protegir l'autonomia personal, el respecte i els valors de les persones, garantir en tot moment la humanització en el tracte i respectar en tot moment el dret al consentiment.

Un altre pilar ètic del Pla és mantenir l'equitat entre les persones, minimitzar les desigualtats en salut i garantir l'accés i les mateixes prestacions sanitàries a totes les persones del país. Això ha de comportar a la vegada una millora en les necessitats socioeconòmiques i en les desigualtats per raó de gènere, raça o lloc geogràfic.

Seguint amb la mateixa línia de la humanització i el respecte, el Pla proposa no només interaccionar amb les persones, sinó també amb el seu entorn, i incorporar també cuidadors i/o familiars.

Lògicament, perquè un pla sigui eficient i sostenible, necessita la implicació de tots els participants, professionals i persones ateses, tant la planificació de les activitats com la prioritització. La utilització de guies de pràctica basades en l'evidència, però que alhora s'individualitzin segons les necessitats de la persona, milloren la pràctica i la prevalença d'errors assistencials (Departament de Salut, 2021).

Es pot dir que el model d'atenció biomèdic ha estat centrat en la malaltia, i el nou Pla de Salut es basa en el model salutogènic, en què el centre de l'atenció és la salut i les persones. Lindström i Eriksson (2006) defineixen el model salutogènic dissenyat i presentat per Antonovsky (1996) com el fonament de la promoció de la salut, que genera condicions perquè les persones puguin tenir una bona qualitat de vida, en què poden les decisions oportunes d'acord amb les opcions existents. El professional ofereix diferents opcions, i els dona suport, perquè la persona pugui prendre les decisions autònomament, però amb una base de coneixements (Rivera de los Santos et al., 2011).

El Pla de Salut 2021-2025 estableix els objectius i indicadors en funció de 4 estratègies:

- Estratègia 1: Igualtat d'oportunitats en salut al llarg de la vida
- Estratègia 2: Entorns saludables
- Estratègia 3: Integració de l'atenció de la salut
- Estratègia 4: Palanques de canvi transversals

Les infermeres tenen un paper destacat en el model salutogènic. Els pilars d'aquest model, la promoció i educació de la salut i l'empoderament de les persones, són competències de la professió infermera. Aquestes competències deriven directament del rol autònom infermer i són presents en totes les àrees en què participen les infermeres. Especialment, cal destacar els àmbits en què intervenen les IPA.

OBJECTIUS

OBJECTIUS

OBJECTIU GENERAL

Analitzar el desenvolupament competencial de les infermeres d'anestèsia en la pràctica clínica als centres hospitalaris catalans.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Identificar les competències de les infermeres d'anestèsia en tots els àmbits en què duen a terme la seva pràctica clínica: anestèsia, reanimació i tractament del dolor.
2. Descriure les competències de les infermeres d'anestèsia un cop identificades.
3. Comparar les competències definides per les mateixes infermeres d'anestèsia a Catalunya amb les que estableix la Federació Internacional d'Infermeres d'Anestèsia.
4. Comprendre com el fenomen històric, social i cultural que ha influït en el desenvolupament de les competències de les infermeres d'anestèsia a Catalunya.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

PARADIGMA DE RECERCA

La investigació proposada es planteja des d'un enfocament metodològic mixt des d'un paradigma pragmàtic per tal d'observar, determinar i comprendre el rol que tenen les infermeres d'anestèsia a Catalunya a partir de les seves opinions crítiques i reflexions d'acord amb la seva pràctica assistencial diària.

Kuhn (1971) va definir el paradigma com «el conjunt de realitzacions científiques passades que alguna comunitat científica reconeix durant cert temps de durada, com fonament de la seva pràctica posterior». El paradigma també s'entén com a «ulleres» per veure i interpretar situacions importants per a la disciplina, prioritzant els problemes que es consideren importants (Weaver et al., 2006).

El paradigma de la investigació és essencial per desenvolupar l'enfocament metodològic. En aquest cas, dels paradigmes existents (taula 6), s'ha escollit el paradigma pragmàtic, ja que, segons la bibliografia consultada (Creswell, 2013; Hernández et al., 2014; Tashakkori i Teddlie, 2015), l'enfocament mixt proposat, des del postpositivisme en la part de recollida de dades numèriques descriptives i la interpretació de l'enfocament qualitatiu utilitzat, es basa en aquest paradigma.

Taula 6. *Classificació dels paradigmes.*

	Paradigma postpositivista	Paradigma constructivista	Paradigma transformatiu	Paradigma pragmàtic
Naturalesa de la realitat	Única realitat	Múltiples realitats	Múltiples realitats que depenen de factors socioculturals	Única i múltiples realitats
Relació entre participants i investigador/a	Distància i imparcialitat (objectivitat)	Subjectivitat	Col·laboració entre participants i investigador/a	Sentit pràctic (basat sobretot a respondre pregunta d'investigació)
Metodologia	Deductiva	Inductiva	Participativa	Combinació de diferents mètodes

Nota: Adaptat de *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, p. 36-38, per Creswell et al. (2013).

El pragmatisme parteix de la base que, en una investigació, el plantejament del problema i els mètodes són els que configuren l'enfocament, quantitatiu, qualitatiu o mixt. La base del pragmatisme és que permet incloure-hi altres paradigmes que tindran menys o més prevalença depenent del tipus de disseny mixt (Johnson i Onwuegbuzie, 2004).

El paradigma pragmàtic es caracteritza perquè s'allunya dels dualismes tradicionals i filosòfics (objectivisme/subjectivisme) per donar pas a una mirada més ampla del món, incloent-hi el món físic o natural i social o psicològic, i donar la mateixa importància a la indagació humana que a la indagació experimental. Pel pragmatisme, l'individu està en constant evolució, amb la capacitat d'adaptar-se a les noves situacions, i que el pensament també segueix un procés dinàmic i constant que permet que investigadors pretenguin sempre millorar els coneixements que sostenen la base d'una teoria (Hernández et al., 2014).

Els mètodes mixtos, com ha quedat reflectit, emmarcats en un paradigma pragmàtic, són una bona alternativa quan es vol aprofundir en fenòmens poc coneguts, amb individus de diferents i múltiples entorns, en la comparació de dades quantitatives i qualitatives, i que té com a finalitat millorar la situació estudiada (Cabrera Pérez i Rosales Gonzalez, 2017). Concretament l'àmbit de la salut, en el qual els fenòmens són complexos, en què s'ha de tenir en compte no només el vessant físic, sinó també la psicològic i social, i la intervenció de moltes persones en la cura dels pacients fa d'aquests mètodes una bona alternativa (Curry et al., 2013).

Chen (2006) destaca dels mètodes mixtos la integració en un únic estudi mètodes quantitativus i qualitativus per obtenir una millor aproximació i una visió completa del fenomen. Es pot mantenir el disseny i procediment originals de les metodologies o bé fer-ne una adaptació, sobretot per disminuir costos, ja que aquesta característica és una de les debilitats dels mètodes mixtos. Però els mètodes mixtos tenen avantatges respecte als mètodes clàssics, sobretot en la riquesa i varietat de les dades obtingudes en observar el fenomen des de diferents perspectives i a través de diferents mètodes. Aquestes dades permeten aprofundir millor en el fenomen que cal estudiar (Creswell, 2013; Hernández et al., 2014).

ENFOCAMENT METODOLÒGIC QUANTITATIU

L'enfocament quantitatiu es caracteritza perquè és un procés deductiu en què s'intenta generalitzar les dades trobades en una mostra o grup a la població general. Ha de seguir un mètode objectiu en què l'investigador o investigadora ha de mantenir-se «extern» a les dades, mantenint sempre l'objectivitat. El mètode ha de ser estructurat, marcat des de l'inici de la investigació i poc flexible, per donar resposta a una hipòtesi plantejada també a l'inici d'acord amb la teoria existent. Els resultats s'expressen de forma numèrica i l'anàlisi es fa un cop recollides totes les dades, amb proves estadístiques.

En els inicis era el mètode aplicat a les investigacions en ciències mèdiques, després es va aplicar a les ciències socials a partir de les obres d'Auguste Comte (1798-1857) i Émile Durkheim (1858-1917) (Hernández et al., 2014).

ENFOCAMENT METODOLÒGIC QUALITATIU

La metodologia qualitativa pren gran importància en les investigacions sanitàries, concretament en la infermeria, ja que permet als professionals apropar-se més a la població per poder observar, comprendre, entendre les seves experiències, sentiments i vivències en un procés de salut (Mendieta et al, 2015).

L'enfocament qualitatiu es basa en una lògica inductiva, que parteix d'una primera fase d'exploració i descobriment general, per acabar generant teoria específica. Té en compte la subjectivitat de la persona que investiga. De fet, és imprescindible, en estar interrelacionant contínuament amb la realitat en què està immers. La investigació no parteix d'una hipòtesi plantejada al principi, sinó que emergeix durant l'estudi o bé al final. Les dades que no són numèriques s'analitzen a mesura que es van recollint i formen part d'un procés d'investigació dinàmic, ja que no està tancat des del principi i en permet la flexibilitat, sempre que se segueixi el mètode científic (Denzin i Lincoln, 1994).

DISSENY DE L'ESTUDI

Els mètodes mixtos van ser classificats per Hernández-Sampieri i Mendoza (2008) segons el predomini de l'enfocament, qualitatiu o quantitatiu, i la seva temporització, en vuit dissenys generals (taula 7):

Taula 7. *Tipus de disseny de mètodes mixtos.*

Tipus disseny mixte	Predomini enfocament	Seqüenciació
Disseny exploratori seqüencial DEXPLOS	Qualitatiu	Qualitatiu/Quantitatiu
Disseny explicatiu seqüencial DEXPLIS	Quantitatiu	Quantitatiu/Qualitatiu
Disseny transformatiu seqüencial DITRAS	Indiferent (Marc teòric qualitatiu)	Indiferent
Disseny de triangulació concurrent DITRIAC	Equivalent	Concurrent
Disseny niat o incrustat concurrent de model dominant DIAC	Indiferent	Concurrent
Disseny niat concurrent de diversos nivells DIACNIV	Indiferent (Diversos nivells d'anàlisi)	Indiferent
Disseny transformatiu concurrent DISTRAC	Indiferent (Marc teòric quantitatiu o qualitatiu comú)	Concurrent
Disseny d'integració múltiple DIM	Indiferent	Indiferent (Anàlisi contínua)

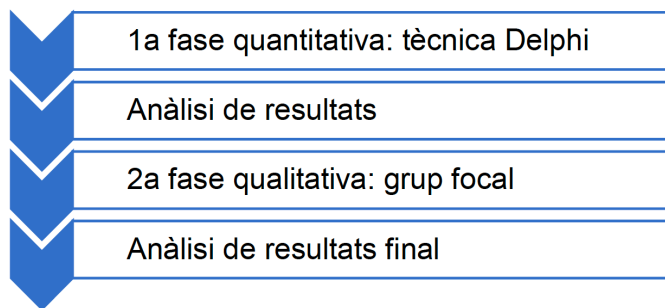
Nota: Adaptat de *Metodologia de la Investigació*, p. 551-567, per Hernández et al. (2014).

Partint d'aquesta classificació, el mètode d'investigació utilitzat en aquesta tesi doctoral es va definir com un disseny explicatiu seqüencial (DEXPLIS). Consta d'una primera etapa de recollida i anàlisi de dades quantitatives, per seguir amb una segona fase, en què a partir dels resultats obtinguts a la primera, es construeix l'instrument per fer la recollida i anàlisi de dades qualitatives. Es pot prioritzar tant la part qualitativa com la quantitativa, o bé donar-hi el mateix pes durant la

investigació. No obstant això, el més freqüent és que hi predomini la metodologia quantitativa. És útil per ajudar a interpretar els resultats quantitius inicials.

En aquesta investigació la primera fase quantitativa va constar de la identificació de les competències de les infermeres d'anestèsia a Catalunya amb una tècnica Delphi. Posteriorment, els resultats van ser ampliat i aprofundits en una segona fase qualitativa, en què es van analitzar la situació actual del marc competencial i els factors històrics i socials del desenvolupament i de les infermeres d'anestèsia de Catalunya a través d'un grup focal (figura 4).

Figura 4. Algoritme del disseny explicatiu seqüencial (DEXPLIS) utilitzat en la metodologia aplicada.



Nota: Elaboració pròpia.

POBLACIÓ I ÀMBIT D'ESTUDI

La població de la investigació van ser les infermeres que duïen a terme la pràctica assistencial en qualsevol àmbit de l'anestèsia, reanimació i teràpia del dolor en el territori de Catalunya.

Actualment, no hi ha cap cens de les infermeres que exerceixen la seva pràctica assistencial en l'entorn de l'anestèsia, reanimació i teràpia del dolor. Des del 2014, a Catalunya hi ha l'Associació d'Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor; que actualment, segons les dades proporcionades per la mateixa entitat, compta amb 65 sòcies⁴.

Tenint en compte totes les unitats d'atenció d'aguts en què hi pot haver una infermera d'anestèsia (àrea quirúrgica, unitats de reanimació postquirúrgica,

⁴ Consultat amb la Secretaria d'ACIARTD, amb data de 24/11/22 tenen registrats 65 sòcies.

consultes preanestèsiques, unitats de dolor agut i crònic), és obvi pensar que el nombre d'infermeres de l'àmbit de l'anestèsia, deu ser molt més gran.

MOSTRA I MOSTREIG

El mostreig va ser intencionat per reclutar les infermeres més expertes i referents.

L'objecte d'estudi va estar constituïda per dues mostres amb relació paral·lela, és a dir, eren dues mostres diferents a partir de la mateixa població, segons diferents segons la fase de l'estudi (Delphi o grup focal) (Hernández et al, 2014). Panell d'experts Delphi: 16 infermeres

- Grup de discussió: 8 infermeres.

En els apartats de cada mètode de recollida de dades, s'especifica com es va dur a terme el mostreig.

CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

Les dues mostres complien els mateixos criteris d'inclusió i exclusió.

Criteris d'inclusió. Per participar en qualsevol de les dues mostres, les infermeres participants havien d'assolir els criteris primaris determinats per Hamric et al. (2019) per considerar-se IPA:

- Treballar actualment en l'àmbit assistencial i tenir una experiència superior a 5 anys.
- Tenir formació postgraduada en l'àmbit de la infermeria d'anestèsia.

El criteri primari definit per Hamric et al. (2019) de la certificació, no es va tenir en compte, atès que no hi ha aquesta certificació en l'àmbit de la investigació (Catalunya/Espanya).

Criteris d'exclusió:

- Haver treballat com a infermera d'anestèsia fora de l'àmbit del territori espanyol en els últims 5 anys, pel risc de biaix de la percepció de la professió i les seves competències.
- No tenir accés a eines informàtiques bàsiques (correu electrònic).

RECOLLIDA DE DADES

Per tal de donar resposta als objectius plantejats en la investigació, la recollida de dades es va establir en dues fases:

Primera fase. Tècnica Delphi

Amb aquesta fase es pretén donar resposta als tres primers objectius específics plantejats a l'inici de la investigació:

1. Identificar les competències de les infermeres d'anestèsia en tots els àmbits en què duen a terme la seva pràctica clínica: anestèsia, reanimació i tractament del dolor.
2. Descriure les competències de les infermeres d'anestèsia un cop identificades.
3. Comparar les competències definides per les mateixes infermeres d'anestèsia a Catalunya amb les que estableix la Federació Internacional d'Infermeres d'Anestèsia.

Per donar resposta es va utilitzar la tècnica Delphi. Aquesta va ser utilitzada per primer cop a la dècada dels anys cinquanta en un estudi militar. Des de llavors se'n va estendre l'aplicació a l'àmbit de les ciències socials, però el seu èxit decaigué a principis dels anys setanta per les crítiques sobre la validesa metodològica, concretament pels fonaments i el mètode d'aplicació. En els anys següents, la utilització del mètode Delphi va tenir un augment considerable en les àrees d'educació, empresarial i de la salut (Varela-Ruiz et al., 2012). Mckenna (1994) va trobar 1.000 articles publicats que utilitzaven la tècnica Delphi des de 1940 fins llavors.

El mètode Delphi es defineix com una tècnica de recollida d'informació grupal a partir d'un grup d'experts en una àrea, que amb un procés iteratiu i de retroalimentació han de respondre a uns qüestionaris en profunditat, i que té com a objectiu final el màxim consens del grup (McMillan et al., 2016). Hi ha divergències d'opinions i no s'ha arribat al consens en la literatura respecte del paradigma de recerca que es parteix, sigui positivista/postpositivista o constructivista, per utilitzar el mètode Delphi com a tècnica de recollida de dades (Keeney et al., 2011, p. 18). De vegades s'ha identificat també com una anàlisi de dades quantitatives a partir d'un enfocament qualitatiu (Cricher i Gladstone, 1998).

Varela-Ruiz et al. (2012) va definir els tres tipus de Delphi segons el mètode d'aplicació:

- El Delphi convencional, en què un cop seleccionat el grup d'experts, s'envien els qüestionaris successius en el temps establert fins a arribar al màxim consens.
- El Delphi en temps real, en què el consens dels experts ha d'arribar durant el transcurs d'un grup de discussió.
- El Delphi polític, en què els participants aporten diferents opcions a un únic problema, sense buscar consens.

Les característiques del mètode són (Cabero Almenara i Infante Moro, 2014):

- *L'anonimat.* Els participants no coneixen els altres components del grup ni les seves respostes. Això impedeix la influència en les respostes, la defensa més tranquil·la dels arguments sense por a l'error o opinió i la interacció dels membres del grup.
- *La iteració i retroalimentació controlada.* Ofereix a l'expert l'oportunitat de reflexionar i canviar el seu punt de vista, davant dels resultats que se li plantegen en les respostes dels altres membres o de les seves mateixes respostes.
- *Resposta del grup en forma estadística.* No es presenta només la majoria, sinó totes les opinions amb el grau d'acord obtingut.

El mètode Delphi requereix unes etapes que poden dilatar el procés en el temps, entre 4 i 16 mesos, per la qual cosa és imprescindible un contacte permanent i des de l'inici amb els experts i un pla de treball acurat (Keeney et al., 2006). Les etapes del mètode són:

- Plantejament del problema.
- Reclutament dels experts.
- Enviament del primer qüestionari. Preguntes obertes.
- Anàlisi per part del coordinador i reenviament del segon qüestionari. Preguntes tancades amb respostes jerarquitzaes o amb valoració d'escalas.
- Anàlisi per part del coordinador (valoració de tendències centrals) i reenviament per a retroacció (rondes variables).

- Finalització del procés.
- Informe final.

Per a aquesta investigació es va decidir utilitzar el Delphi convencional, i descartar el Delphi en temps real, ja que, donada la gran quantitat d'informació per recollir, es va considerar que podia ser molt llarg, i es va creure que era important que els participants tinguessin un temps de reflexió. El Delphi polític també es va descartar, perquè l'objectiu proposat era arribar a un consens entre els experts.

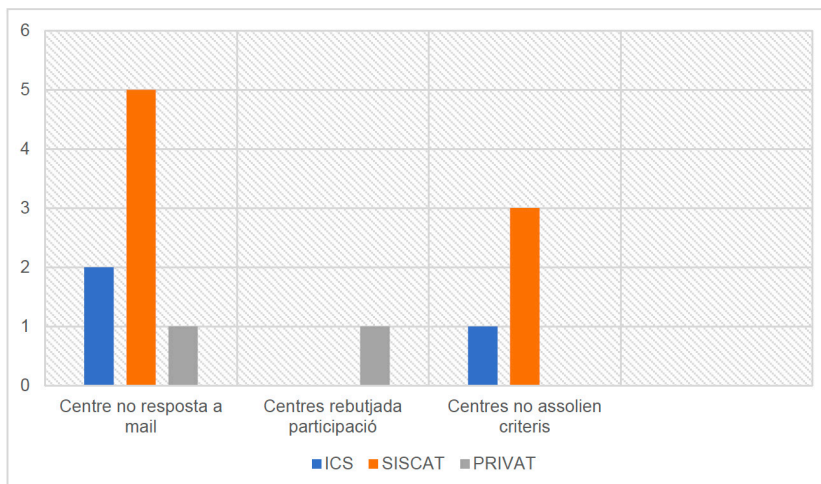
Per enviar els qüestionaris es va utilitzar l'e-Delphi, definit per Keeney et al. (2011, p. 7), en què s'utilitza una plataforma web, tant per a l'enviament dels qüestionaris, com per a la resposta dels experts.

Es va establir un procés inicial de tres rondes segons la bibliografia consultada (Keeney et al., 2006, 2011, p. 11; Varela-Ruiz et al., 2012) ampliable a una altra si els experts ho consideraven necessari per arribar al consens. Es va establir un temps màxim de 6 mesos, ja que períodes de temps superiors, poden donar lloc a pèrdues de participants (Varela-Ruiz et al., 2012) La primera ronda de consultes es va iniciar el febrer del 2020 i l'últim resultat es va recollir al maig 2020.

Formació del panell d'experts. Les infermeres d'anestèsia es van escollir de centres del SISCAT (gestió pública i concertada) i de centres de gestió privada, tenint en compte que hi estaven representades totes les regions sanitàries de Catalunya.

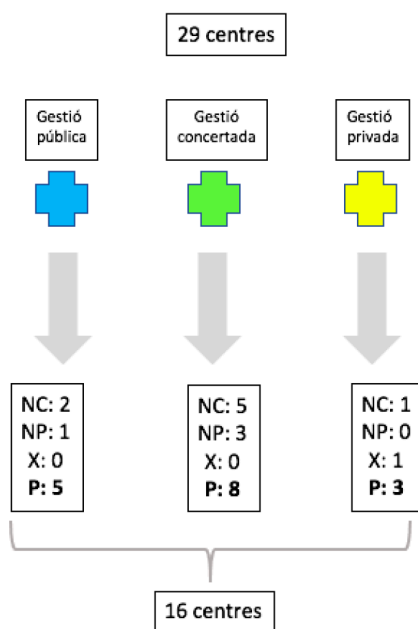
En un primer moment es va contactar amb 29 hospitals, 8 de gestió pública de l'Institut Català de la Salut, 16 de gestió concertada i 5 de gestió privada, per garantir així la participació, segons la pluralitat de la gestió sanitària de Catalunya. Dels 29 centres, 8 no van respondre a la invitació (2 de gestió pública (ICS), 5 de gestió concertada (SISCAT) i 1 de gestió privada) i 1 (gestió privada) va rebutjar a participar-hi. Dels 20 centres que van respondre a la convocatòria, 4 es van descartar perquè no tenien cap infermera que complís amb els criteris d'inclusió (figura 5). El resultat final va ser de 16 centres. A la figura 6 s'explica més detalladament com va ser el procés de selecció dels centres.

Figura 5. Distribució dels centres no participants segons la seva gestió.



Nota: Elaboració pròpia.

Figura 6. Procés de selecció dels centres participants.



NC: No van contestar
 NP: No hi havia participants amb criteris
 X: Van rebutjar participar
 P: Van participar del panell d'experts

Nota: Elaboració pròpia.

Els 16 centres finals que van participar-hi es detallen a continuació. La localització geogràfica es pot observar a la figura 7:

Gestió pública (ICS)

- Hospital Arnau de Vilanova de Lleida
- Hospital Vall d'Hebron
- Hospital Universitari de Bellvitge
- Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
- Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

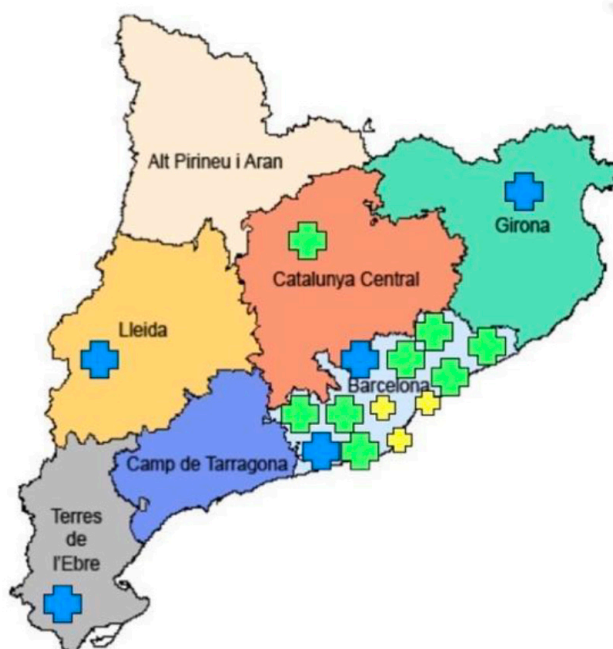
Gestió concertada (SISCAT)

- Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
- Hospital Clínic de Barcelona
- Hospital de Campdevàrol
- Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Hospital del Mar
- Hospital Universitari Sagrat Cor
- Hospital Universitari Mútua de Terrassa




Gestió privada

- Clínica Teknon (Anestalia, SL)
- Hospital HM Nou Delfos
- Hospital Universitari Dexeus (DARYD SLP)

Figura 7. Lloc geogràfic del centre de treball dels participants del mètode Delphi.



Nota: Elaboració pròpia.

-  Centres sanitaris d'aguts de gestió pública (Institut Català de la Salut)
-  Centres del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya
-  Centres de gestió privada

El contacte es va establir a través de la direcció d'infermeria de cada centre amb el qual es va «poder» contactar, la qual va ajudar a seleccionar la infermera representant de cada centre, tenint en compte els criteris d'inclusió/exclusió.

Un cop identificada la infermera de cada centre, es va contactar amb ella a través del correu electrònic per concertar una primera reunió presencial. En aquesta trobada es va informar sobre la investigació i el procés. Un cop informades i prèvia acceptació, es va donar el consentiment informat.

Elaboració del Primer Qüestionari. Per tal de fer el primer qüestionari (annex A), es va analitzar la bibliografia publicada sobre el tema competencial en infermeria d'anestèsia en els últims cinc anys i els resultats obtinguts en el treball final de

màster (TFM) de Sanclemente Dalmau (2017). Per fer la revisió bibliogràfica es van utilitzar les bases de dades PUBMED, SCOPUS i Google Scholar. El motor de recerca utilitzat va ser «nurse anesthetist» AND «Competences». Es van incloure tots els documents publicats en els 5 anys anteriors i que fossin articles d'investigació, revisions bibliogràfiques, documents tècnics i guies. Es va obtenir un resultat de 163 documents, que després d'una revisió profunda del seu contingut/resultats segons la definició de les competències de les infermeres d'anestèsia, van resultar 11 documents, dels quals es van extraure les preguntes pel primer qüestionari (figura 8).

El primer qüestionari va constar de 134 preguntes, 128 extretes de la bibliografia revisada, i 6 van emergir del TFM (Sanclemente Dalmau, 2017).

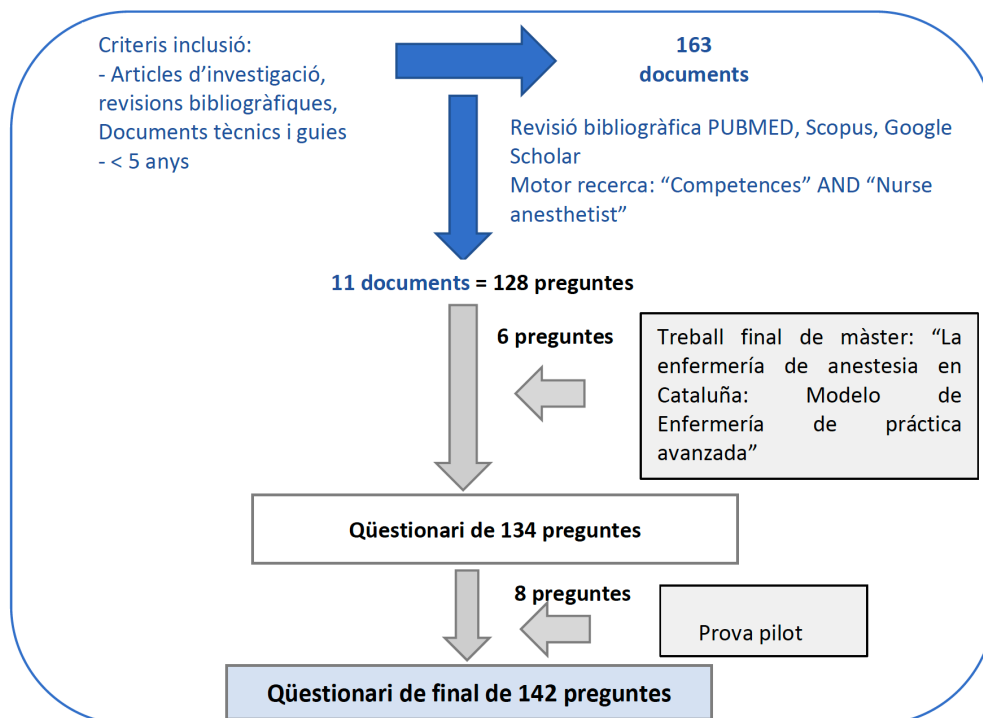
Un cop dissenyat i revisat per les directores de tesi i abans de fer-lo arribar al panell de participants, es va realitzar un procés per garantir la validesa, confiabilitat i objectivitat del qüestionari.

La validesa del qüestionari es va garantir a través d'una revisió bibliogràfica profunda d'estudis similars (Halakou et al., 2017; Herion et al., 2019; Sue Hoyt et al., 2010) i de la revisió del contingut per la Dra. Montserrat Comellas Oliva, que va centrar la seva tesi doctoral en l'àmbit de la pràctica avançada a Catalunya (Comellas Oliva, 2016), la qual ha participat en els projectes d'IPA.CAT. Per tal de revisar el mètode Delphi, es va comptar amb la col·laboració del Dr. Xavier Palomar Aumatell, que havia utilitzat aquesta metodologia en anteriors ocasions (Palomar-Aumatell, 2018).

Per mantenir l'objectivitat del qüestionari, es va establir el mateix mètode d'enviament i condicions per a tots els participants. L'avaluació dels resultats la va dur a terme únicament la investigadora principal, per evitar possibles biaixos d'observació.

Un cop revisat i validat, es va fer una prova pilot amb tres infermeres expertes que assolien els criteris d'inclusió: la Sra. Lucia Cao López (coordinadora d'Infermeria d'Anestèsia), la Sra. Neus Párraga Fernández (infermera d'anestèsia) i el Sr. Daniel López Torres (Associació Catalana Infermeria d'Anestèsia). En finalitzar la prova pilot, es van proposar canvis en l'organització de les preguntes i es van incorporar 8 preguntes suggerides pels integrants de la prova pilot, de manera que va quedar un total de 142 preguntes (figura 8).

Figura 8. Construcció del qüestionari.



Nota: Elaboració pròpia.

Les preguntes es van estructurar en tres apartats:

1. El primer apartat recollia les dades sociodemogràfiques dels participants.
2. Un cos central de 142 preguntes repartides en set dominis competencials que coincidien amb els definits per l'IFNA en els seus estàndards de la professió (IFNA, 2016): «Experta», «Comunicadora», «Col·laboradora». «Gestora», «Defensora de la salut», «Educadora» i «Professional». El domini d'«Experta» es va subdividir en subdominis a causa de la seva especificat, tenint en compte l'entorn de la pràctica assistencial de les infermeres d'anestèsia a Catalunya: «Visita preanestèsica», «Preparació i administració anestèsia», «Seguretat del pacient», «Monitoratge», «Finalització de l'anestèsia», «Gestió de l'equipament», «Suport vital avançat», «Cures postoperatòries», «Gestió del dolor», «Prevenició de riscos», «Registre i documentació» (taula 8).

El format de les respostes que es va proposar als participants es va basar en l'escala Likert, un dels mètodes acceptats per utilitzar en tècniques Delphi (McMillan et al., 2016; Palomar-Aumatell, 2018). Concretament, es va utilitzar l'escala següent de cinc punts amb una direcció positiva (Hernández et al., 2014):

1. Totalment en desacord
2. En desacord
3. Ni d'acord / Ni en desacord
4. D'acord
5. Totalment d'acord

En finalitzar cada domini (7) i subdomini (11 en el domini Experta), es va deixar un espai obert perquè poguessin aportar alguna competència que pensessin que no s'havia tingut en compte.

3. Un apartat final, amb preguntes obertes envers com ha evolucionat i com veien la seva pràctica i la seva situació laboral com a infermeres d'anestèsia. D'aquestes respostes va sorgir el guió que es va utilitzar en el grup focal posterior.

Taula 8. Distribució de preguntes segons el domini Competencial (annex A).

Domini	Preguntes likert	Preguntes obertes
Experta	96	12
Comunicadora	6	1
Col·laboradora	7	1
Gestora	7	1
Defensora de la salut	8	1
Educadora	10	1
Professional	8	1

Elaboració del Segon Qüestionari. En aquest qüestionari es va decidir incloure les preguntes en què no s'havia arribat al consens en la primera ronda de la tècnica Delphi (9 preguntes), i es van incloure les 17 preguntes que havien proposat els participants. En total van ser 26 preguntes amb resposta d'escala Likert, amb cinc opcions igual que en la primera ronda (annex B).

Criteris de Consens. El consens en el mètode Delphi comporta molta variabilitat en els investigadors que l'han utilitzat fins ara. Von der Gracht (2012), en una revisió de la bibliografia, va definir els diferents criteris de consens utilitzats fins aleshores, segons l'enfocament més qualitatiu o quantitatiu del mètode Delphi, del tipus de resposta al qüestionari establert, com dels estadístics utilitzats pels diversos estudis.

El consens, és a dir, el fet d'arribar a un acord entre experts, requereix l'assoliment d'uns paràmetres que s'han d'establir inicialment, abans de l'anàlisi de la primera ronda. En aquest estudi, i seguint uns criteris estrictament a l'alça, s'han establert els següents per a cada resposta:

- Assoliment del 80 % dels experts que hagin contestat «D'acord», «Totalment d'acord».
- Valors d'una mitjana superior a $4 \pm 0,5$ SD dels valors de les respostes quantitatives de l'escala Likert.
- Rang interquartílic inferior a 1. El rang interquartílic mesura la variabilitat en una distribució de valors (Hopkins et al., 1997, p. 62).

L'autora de la tesi juntament amb el Dr. Xavier Palomar Aumatell van acordar que en la primera ronda es consideraria consens l'assoliment dels tres paràmetres, que es reconsultaria la pregunta que assolís dos paràmetres i que s'eliminarien les d'assoliment d'un sol paràmetre. D'aquesta manera, es permetia donar una retroacció als participants de les preguntes que generaven dubtes. En la segona ronda vam acordar com a consens l'assoliment dels 3 paràmetres i l'eliminació de la pregunta si s'assolia un o dos paràmetres.

Anàlisi de la Fase Quantitativa. Per analitzar les dades obtingudes en les dues rondes de la tècnica Delphi, es va utilitzar el mateix programa SurveyMonkey® per a les dades sociodemogràfiques, i el programa Excel de Microsoft Office 365® per a l'anàlisi de les respostes amb escala Likert dels participants. Es va fer una anàlisi descriptiva a partir de les dades obtingudes, utilitzant mesures de distribució

de freqüències (percentatges), mesures de tendència central (mitjana) i mesures de variabilitat (desviació estàndard i rang interquartílic.)

Segona fase. Grup focal

Aquesta fase es va utilitzar per donar resposta a l'últim objectiu específic proposat:

- Reflexionar sobre el fenomen històric, social i cultural que ha influït en el desenvolupament de les competències de les infermeres d'anestèsia a Catalunya.

El grup focal és una tècnica de recollida de dades de la metodologia qualitativa que permet no només obtenir la informació de cada un dels participants, sinó, a més, explorar les interaccions que es produeixen entre ells durant la conversa. Es va decidir implementar aquesta tècnica perquè el que es pretenia amb el grup focal era arribar a entendre com pensaven les infermeres i el perquè, a diferència de la tècnica Delphi utilitzada, l'objectiu de la qual era arribar a un consens (García Calvente i Mateo Rodríguez, 2000).

Els grups focals es van introduir com a tècnica de recollida de dades qualitativa a mitjans dels anys cinquanta per Merton (1946). En un principi es van utilitzar per fer estudis de mercat, però als anys vuitanta es van estendre a l'àmbit de la salut.

Hi ha diferents opinions sobre si els grups focals són el mateix que els grups de discussió. La majoria d'articles revisats parlen de grups focals/discussió indistintament (García Calvente i Mateo Rodríguez, 2000; Thofehrn et al., 2013). Ara bé, n'hi ha altres que remarquen algunes diferències entre les dues tècniques. Una de les quals és la definició d'un guió o contingut, així com el fet de treballar amb suggeriments i propostes que poden millorar el discurs dels participants en el grup focal, a diferència del grup de discussió que ofereix l'espai, però sense marcar uns límits o temes pactats (Colectivo IOE, 2010; Gutiérrez, 2011).

En la primera part del grup focal es va establir qui serien els participants, seguint els criteris d'inclusió i exclusió establerts en la investigació per les dues fases. Per contactar amb les infermeres, es va comptar amb la col·laboració de l'Associació Catalana d'Infermeria d'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor, que va fer difusió als socis de la possibilitat de participar en el grup focal. Es van posar en contacte amb la investigadora 7 infermeres que assolien els criteris. A través del mostreig bola de neu, s'hi van incorporar 2 infermeres més. Quan es va concretar la

data de trobada del grup focal, una de les participants es va retirar al·legant manca de temps, per la qual cosa finalment el grup va quedar format per 8 infermeres expertes, nombre considerat dins dels paràmetres idonis per a la constitució d'un grup focal segons la bibliografia (Thofehrn et al., 2013).

Els centres de treball de les infermeres es detallen a continuació. La distribució segons la localització geogràfica es pot observar a la figura 9.

Gestió pública (ICS)

- Hospital Universitari Sant Joan XXIII
- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

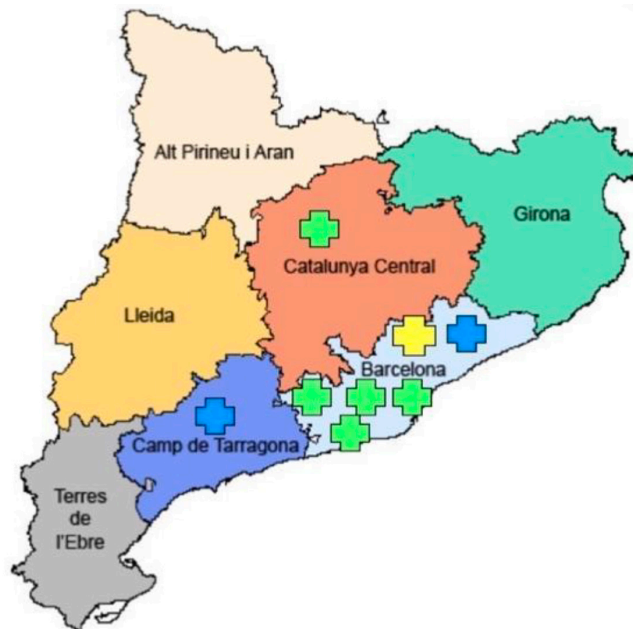
Gestió concertada (SISCAT)

- Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
- Hospital de l'Esperança. Parc de Salut Mar
- Hospital Universitari Mútua de Terrassa
- Hospital Universitari de Vic
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau




Gestió privada

- Clínica Teknon (Anestàlia)

Figura 9. Lloc geogràfic de centre de treball dels participants del grup focal.



Nota: Elaboració pròpia.

-  Centres sanitaris d'aguts de gestió pública (Institut Català de la Salut)
-  Centres del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya
-  Centres de gestió privada

L'homogeneïtat del grup es va garantir amb el compliment dels criteris d'inclusió, ja que totes tenien experiència com a infermeres d'anestèsia, tenien formació postgraduada (nivell acadèmic) i exercien la pràctica clínica (Rodas Pacheco i Pacheco Salazar, 2020). No obstant això, es va voler mantenir també certa heterogeneïtat incorporant infermeres que treballassin en diferents tipus de centres segons la seva complexitat i gestió, i en diferents àrees de la pràctica clínica en anestèsia.

Atesa la situació epidemiològica per la pandèmia COVID-19 en el moment de la constitució del grup focal, es va optar per la realització d'una videotrucada amb la consegüent gravació de la sessió, previ consentiment de tots els participants. La

plataforma utilitzada va ser Google Meet. Es va demanar a tots els participants que mantinguessin la càmera oberta en tot moment i el micròfon apagat. Per mantenir el torn de paraula, se'ls va demanar que quan volguessin parlar aixequessin la mà a través de l'opció incorporada a la plataforma.

L'elecció del moderador també és un aspecte important a tenir en compte en aquest tipus de tècnica. Els participants no s'han de sentir cohibits ni coaccionats per les preguntes ni per les actituds d'aquesta figura (Amezcuca, 2016; Thofehr et al., 2013). Ha de ser una persona neutral, propera a la investigació però sense coneixement dels participants. En aquest sentit, es va comptar amb la participació del Dr. Xavier Palomar Aumatell, que assolia aquests criteris, ja que tenia formació respecte de la metodologia proposada i havia estat implicat en el disseny del mètode Delphi, de manera que coneixia la temàtica de la investigació. Es va decidir que la investigadora principal observés el grup de manera diferida, per no entrar en possibles coaccions de les respostes d'alguns participants que ella coneixia. La durada de la sessió va ser de 105 minuts.

Per a la realització del grup focal es va realitzar a partir d'un guió de preguntes, que van resultar de les respostes obertes que es van plantejar als participants de la tècnica Delphi. Les preguntes que es recullen a continuació van ser preparades i acordades per la investigadora principal d'aquesta tesi i el moderador del grup focal:

1. Com definiríeu la infermera d'anestèsia?
2. Quins aspectes diferències d'una infermera generalista?
3. Quins motius creieu que han intervingut en l'augment de llocs de treball per infermers d'anestèsia a Catalunya?
4. La infermera d'anestèsia pot fer aportacions al procés de salut/malaltia diferents d'altres professionals? Quines?
5. Què és necessari per a la incorporació més àmplia de les infermeres d'anestèsia als equips de salut?
6. Com veieu el futur de la infermera d'anestèsia a Catalunya? Hi ha aspectes a millorar?

Anàlisi de la Fase Qualitativa. La fase qualitativa de la investigació s'ha dut a terme a través d'un enfocament qualitatiu descriptiu, per a la qual cosa, d'acord amb aquests criteris, s'ha fet una anàlisi amb la proposta de Giorgi (1997). En

un primer moment es va llegir diverses vegades la transcripció del grup focal i es van identificar unitats de significats (codis). Després de lectures profundes, es van agrupar els codis a partir del significat i finalment es van establir unes categories centrals.

Onweuegbuziet et al. (2011) van establir que, per a l'anàlisi de grups focals, es recomanava introduir la microanàlisi de l'interlocutor, que consisteix a inserir en cada pregunta/tema emergent el consens al qual s'ha arribat i donar a conèixer els participants que hi estaven d'acord, els que no i els que no hi han participat. D'aquesta manera es pretén donar veu i tenir en compte els participants que, per la seva timidesa, experiències diferents i controvertides, no hagin participat tan activament, i que no quedin en l'oblit sense participar en la investigació. En aquesta investigació es va decidir combinar les dues anàlisis, ja que podien complementar-se i no perdre cap informació que pogués ser important, incorporant en cada categoria, la participació i consens dels participants del grup focal

L'anàlisi es va fer amb el suport del programa Atlas.Ti. Versió 22.1.0.

CONSIDERACIONS ÈTIQUES

El projecte de la tesi es va presentar al Comitè d'Ètica en Investigació Clínica de la Unió Catalana d'Hospitals i va rebre l'aprovació el 19 de desembre de 2018 amb el Codi 18/87 (annex C).

S'han mantingut en tot moment els principis ètics de la investigació definits a l'Informe Belmont, com el respecte per l'autonomia, el principi de beneficència i de justícia (Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona, s.d.)

Es va informar prèviament a tots els participants sobre el contingut i les possibles repercussions de la seva participació per tal de respectar la seva autonomia i presa de decisions. Així mateix, se'ls va donar un full informatiu per consultar-lo, el contacte amb la investigadora i/o retracció de la participació durant qualsevol moment del procés (annex D). Un cop acceptada la participació, es va procedir a la signatura del consentiment informat. (annex E).

Es van seleccionar els participants tenint en compte la tria dels centres hospitalaris, la participació en hospitals de diferent gestió pública/concertada/privada, la dimensió i la seva localització en les regions sanitàries del territori català.

Tanmateix, de cada centre es va escollir la infermera que assolía els criteris de selecció establerts, per garantir l'expertesa requerida per a la participació en el grup d'experts.

Per respectar la confidencialitat de les dades durant les rondes de la tècnica Delphi, es va utilitzar la plataforma SurveyMonkey®, que permet l'enviament dels qüestionaris i el tractament posterior dels resultats, a través del correu electrònic de cada participant, sense la interacció entre ells, alhora que així en manté l'anonimat, seguint els criteris de la Declaració de Hèlsinki (World Medical Association, 2013).

Per constituir el grup focal, es va contactar amb les infermeres a través de l'Associació Catalana d'Infermeria d'Anestèsia i se'ls va demanar la participació de forma voluntària. Un cop acceptada, es va fer arribar el document d'aprovació del Comitè d'Ètica (annex C) així com el consentiment informat per signar.

CRITERIS DE RIGOR EN LA INVESTIGACIÓ

Per definir els criteris de rigor seguits en aquesta tesi, es detallaran segons la fase de la investigació, com s'ha fet fins ara:

Primera Fase. Tècnica Delphi

En referència a la tècnica Delphi, com s'ha comentat en l'apartat de metodologia, hi ha diferències entre els autors segons si es considera una tècnica de l'àmbit quantitatiu o qualitatiu, lligat al paradigma de recerca seguit en la investigació.

En aquesta tesi, com s'ha observat, s'ha considerat la tècnica Delphi com una tècnica de recollida de dades quantitatives, seguint els criteris de Critcher i Gladstone (1998). Per tant, s'han seguit els criteris de rigor d'aquesta metodologia, aplicats als que ha d'assolir una tècnica Delphi segons Keeney et al. (2011, p. 96).

Fiabilitat

La fiabilitat es refereix a l'estabilitat i equivalència de les condicions i els procediments de la recerca.

En una tècnica Delphi, aquest criteri va lligat al disseny i realització dels qüestionaris. Per garantir-ne la fiabilitat, es va fer una recerca bibliogràfica en estudis similars, i es va fer una revisió per una experta en el tema plantejat i un expert en la

tècnica Delphi. Un cop dissenyat, es va fer una prova pilot amb 3 infermeres que complien els mateixos criteris que els participants del grup d'experts.

Abans d'iniciar el procés metodològic, l'investigador principal i l'expert en la tècnica Delphi van acordar els criteris de consens que s'establirien en cada ronda de la tècnica.

Per mantenir la confidencialitat i poder estalviar biaixos de grup, les participants no es van conèixer entre elles durant el procés de la tècnica, i es va mantenir l'anonimat utilitzant una plataforma digital, SurveyMonkey, per enviar i rebre els qüestionaris.

Validesa

La validesa es refereix a la capacitat de l'instrument per mesurar de forma exacta el que s'ha proposat com a objecte d'estudi.

La validesa de contingut en la tècnica Delphi té unes connotacions diferents. En aquest cas es té en compte que la decisió d'un grup és potser més vàlida que la de només una persona. Formar un grup de participants, que assoleixin uns criteris d'expertesa establerts des del principi i que no són de l'àmbit teòric, sinó que estan en la pràctica assistencial durant l'estudi, comporta que el resultat final es pugui considerar amb una validesa correcta. Malgrat que els resultats no són estadísticament significatius, i no corresponen a una mostra significativa, sí que es poden considerar rellevants, ja que expressen el pensament del grup d'experts (Keeney et al. 2011, p. 100).

La realització de les rondes successives en el temps establert i la retroacció després d'aquestes rondes als participants poden garantir la validesa concurrent, assegurant que els resultats podien ser els mateixos en diferents moments de la investigació.

La validesa predictiva es va garantir fent un disseny acurat de la metodologia, concretament en aquest cas de la tècnica Delphi, assessorada per un expert, i amb uns criteris i una temporització que es van mantenir durant tot el procés.

Un possible biaix en la validesa és que la mostra o grup d'experts en aquest cas no correspongui a la població en general. En aquest sentit dels criteris d'inclusió, es demanava que exercissin la pràctica clínica de l'anestèsia, que tinguessin formació postgraduada i una experiència superior a 5 anys. El primer requisit és consegüent, i

en referència al segon, la majoria de centres hospitalaris demanen aquesta formació postgraduada per poder treballar en aquest àmbit. Respecte a l'experiència, malgrat que potser és un punt per debatre, per a l'objectiu d'aquest estudi es va considerar que podria aportar més valor als resultats de la investigació. La distribució del sexe en el grup d'experts (93,75 %) es va acostar als resultats representats en la bibliografia (Galbany-Estragués et al., 2022).

Segona Fase. Grup focal

El grup focal es considera una tècnica per recollir dades qualitatives a partir de les interaccions entre un conjunt de persones. Per tant, i per definir els criteris de rigor durant aquesta etapa, m'he basat en els criteris de Lincoln i Guba de la metodologia qualitativa (Denzin i Lincoln, 1994; Lincoln i Guba, 1985), que no són els únics, però sí els que estan més adoptats pels autors d'aquest enfocament.

Credibilitat

La credibilitat d'un estudi fa referència a la capacitat de captar i explicar les experiències dels participants. Per aquest motiu, és molt important el «QUÈ», el que es pregunta en el grup focal. El guió es va estructurar en funció de les respostes obertes sobre els factors socioculturals que han pogut afectar la infermera d'anestèsia i que es van obtenir de la tècnica Delhi. Un cop elaborat el guió, va ser revisat per les directores de la tesi i per la persona que tindria el rol de moderador.

Transferibilitat

Per garantir la transferibilitat, es va escollir un grup d'experts que representaven la infermera d'anestèsia a Catalunya, i es va mantenir la distribució de sexe. També es va assegurar que hi hagués representació de totes les àrees sanitàries de Catalunya, dels diversos tipus de gestió del centre, així com de les diferents àrees de pràctica de l'anestèsia. Malgrat que la transferibilitat dels resultats a un altre context és qüestionable amb una metodologia qualitativa, sí que es pot garantir la capacitat d'utilitzar els resultats en la pràctica, la qual cosa contribueix a definir les competències de les infermeres d'anestèsia en un entorn en què no estan definides.

Dependència

El marc teòric desplegat a partir de la recerca bibliogràfica ha permès explicar el fenomen de la infermera d'anestèsia i comprendre'n la situació actual. A partir d'aquest punt es va dissenyar amb rigor la metodologia, així com el rol de cada col·laborador, moderador i observador, durant la sessió, i l'anàlisi posterior.

Confirmabilitat

El grup focal va ser gravat i transcrit a posteriori per la mateixa investigadora. El text resultant de la transcripció va ser llegit pel moderador del grup. L'anàlisi final va ser revisada per la investigadora i el moderador assegurant així triangulació dels investigadors. Per tal de fer una verificació externa, es van compartir els resultats amb les participants del grup, i es va obtenir la seva aprovació.

RESULTATS

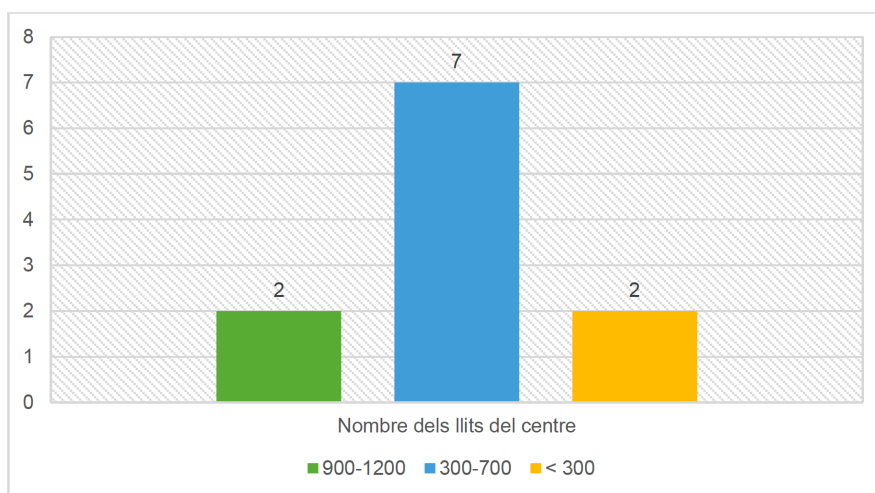
RESULTATS

Per presentar els resultats se seguirà l'ordre generat a través del disseny explicatiu seqüencial i se n'indicarà les fases:

PRIMERA FASE. MÈTODE DELPHI

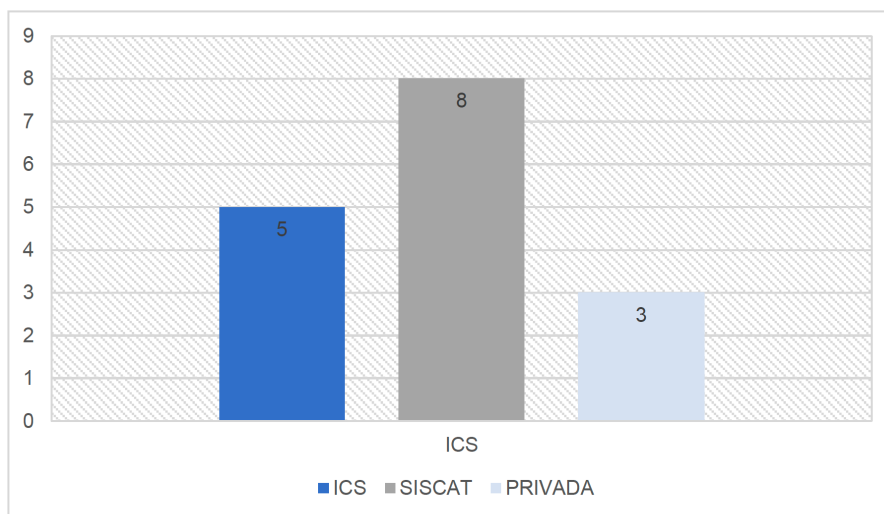
Els centres participants van ser 16, distribuïts segons el nombre de llits en 2 hospitals amb una gestió d'entre 900 i 1.200 llits, 7 entre 300 i 700 llits, i 7 amb un nombre de llits inferior a 300 (figura 10). En referència a la titularitat, 5 centres van ser de gestió pública (ICS), 8 pertanyien al SISCAT i 3 eren de gestió privada (figura 11).

Figura 10. *Distribució dels centres participants segons el nombre de llits.*



Nota: Elaboració pròpia.

Figura 11. Distribució dels centres segons la gestió administrativa.

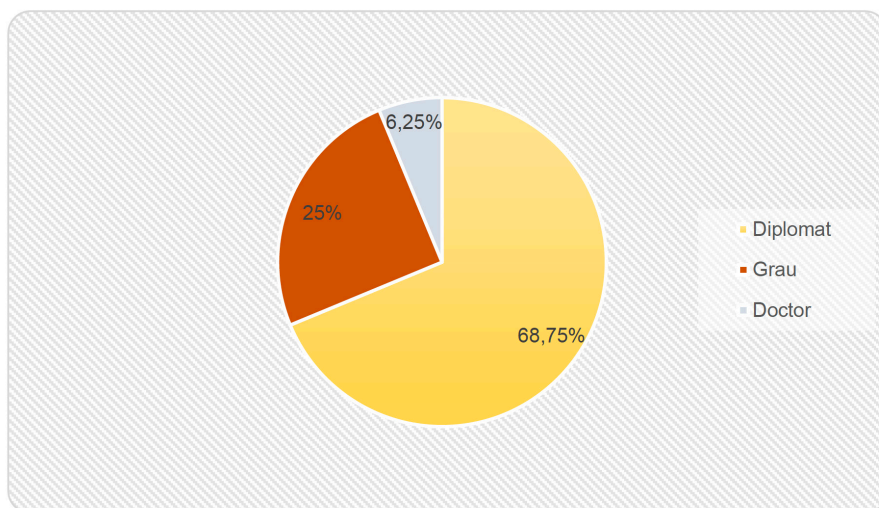


Nota: Elaboració pròpia.

El panell d'experts, en definitiva, es va compondre de 16 infermeres d'anestèsia expertes que van participar de la tècnica Delphi, i no hi va haver cap abandonament.

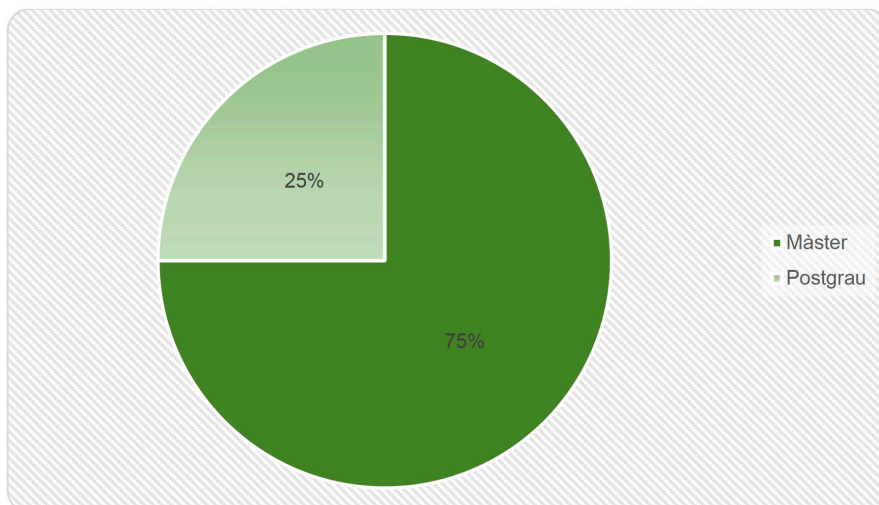
El grup va estar format majoritàriament per dones (15 de les participants). La mitjana d'edat va ser de 43,12 +/- 11,06 SD. La mitjana d'experiència com a infermera va ser de 21a +/- 5 SD (mínim 5 – màxim 37), i com a infermera d'anestèsia de 18a +/- 8,42 SD (mínim 5 - màxim 30). La titulació universitària va ser majoritàriament Diplomatura en Infermeria (68,75 %), i un 25 % Grau en Infermeria. Només una tenia el títol de doctora (figura 12). Quant a la formació postgraduada, el 75 % tenia estudis de màster en anestèsia, enfront del 25 %, que tenia la titulació de postgrau (figura 13).

Figura 12. Titulació universitària dels participants del panell Delphi.



Nota: Elaboració pròpia

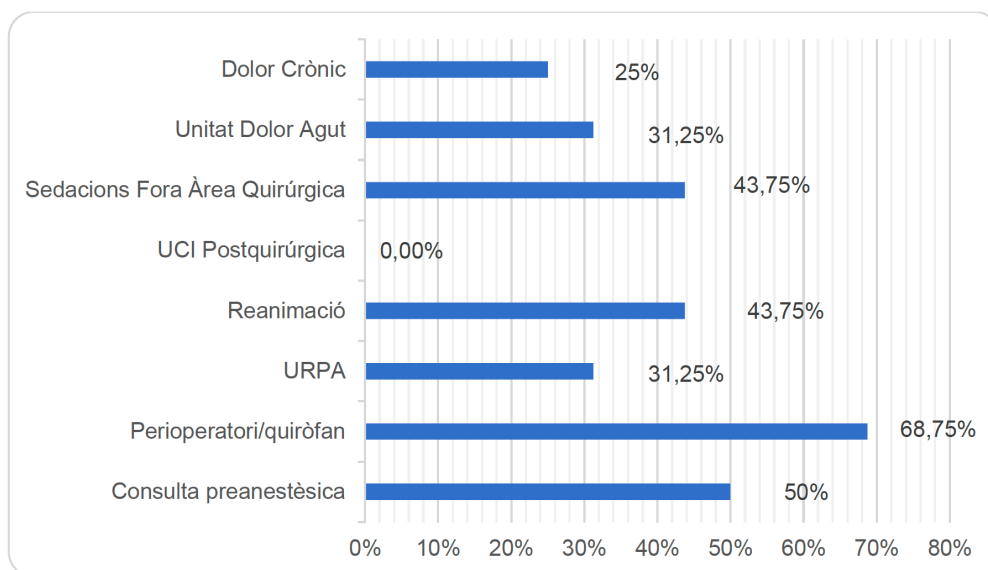
Figura 13. Tipus de formació postgraduada en anestèsia dels participants del panell Delphi.



Nota: Elaboració pròpia.

L'àrea d'expertesa de les infermeres es distribuïa en 8 en la consulta preanestèsica, 11 en àrea quirúrgica, 12 en unitats de cures postoperatòries (Unitat de Recuperació Postanestèsica, Reanimació), 7 en àrees d'exploracions de fora de l'àrea quirúrgica i 9 en unitats de dolor agut i/o crònic. Es pot observar que la majoria de participants no tenien només dedicació a una àrea, sinó que la seva pràctica s'exercia en dos, tres o quatre àrees (figura 14).

Figura 14. Àrea d'expertesa dels participants del panell Delphi.



Nota. Elaboració pròpia.

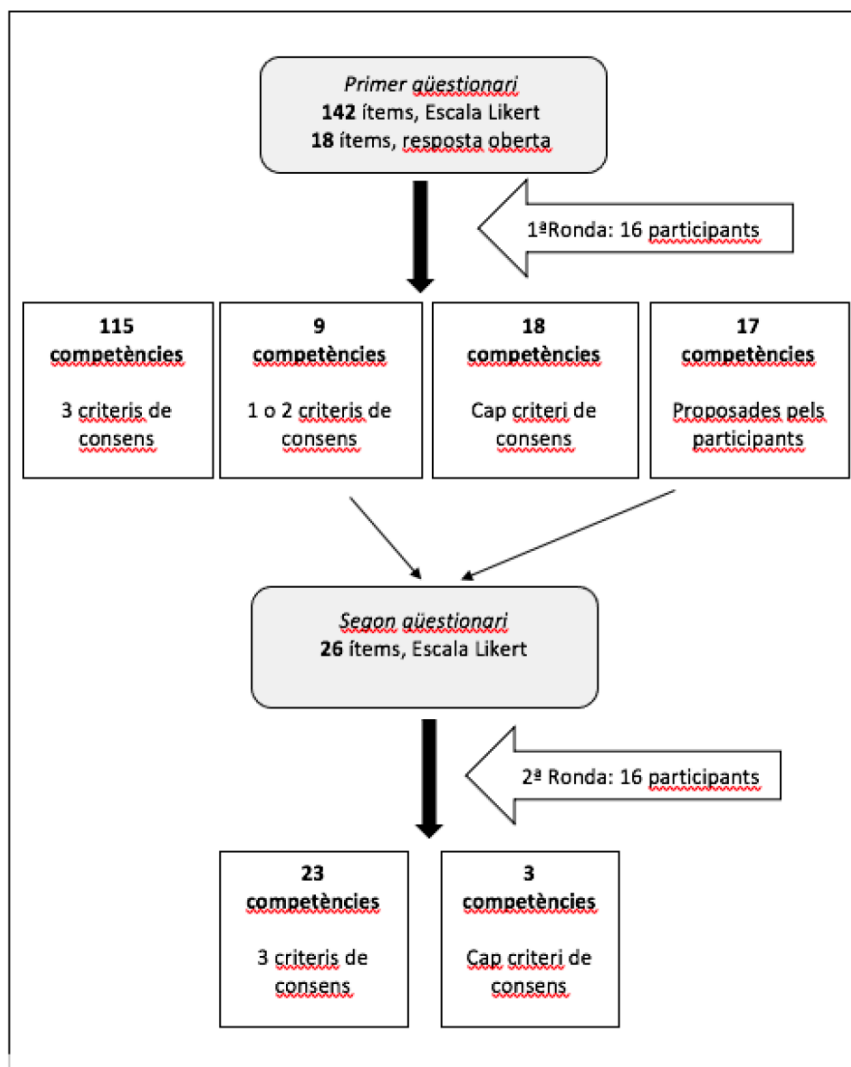
En la primera ronda, de les 142 preguntes en escala Likert, 115 es van assolir els tres indicadors establerts per decretar el consens dels experts en aquesta primera ronda. En 9 de les preguntes es va consensuar 1 ítem o 2, i tal com s'havia establert es van incorporar al qüestionari de la segona ronda. Van ser eliminades 18 preguntes perquè no van complir cap dels indicadors establerts.

La segona ronda es va iniciar a finals del mes de maig de 2020 i es va acabar a finals del mes de juny, sense incidències. No hi va haver necessitat de fer una tercera ronda, ja que es va arribar a un consens en finalitzar la segona.

En la segona ronda, el qüestionari es va constituir amb les 9 competències en què no s'havia arribat a un consens en la primera ronda i que es va decidir

tornar a preguntar, i amb 17 competències noves que van proposar els experts en les preguntes obertes. Les altres que es van proposar es van eliminar perquè ja es preguntaven en altres etapes del primer qüestionari. Un cop rebudes les respostes de la segona ronda, es van eliminar 3 competències per la falta de consens, i van quedar 23 competències que sí que van assolir els tres indicadors establerts en la metodologia (figura 15).

Figura 15. Fases del mètode Delphi.



Nota: Elaboració pròpia.

Resultats de la primera ronda

Tots els dominis van ser acceptats pels professionals amb un consens superior al 80 %. El d'Experta és el que va tenir menys consens (83,99 %) i el de Col·laboradora el que més consens va generar (99,11 %). Els resultats es presenten seguint els dominis competencials establerts (taula 9).

Taula 9. Resultats de consens dels dominis definits per l'IFNA.

Domini	Consens de participants
Experta	83,99 %
Comunicadora	91,67 %
Col·laboradora	99,11 %
Gestora	85,71 %
Defensora de la salut	90,63 %
Educadora	96,88 %
Professional	95,31 %

Resultats del domini Experta. El domini Experta es va dividir en 11 subdominis: Avaluació preanestèsica, Preparació i administració de l'anestèsia, Seguretat del pacient, Monitoratge, Finalització de l'anestèsia, Equipament, Suport vital avançat, Cures postoperatòries, Abordatge terapèutic del dolor, Prevenció de riscos i Documentació (IFNA).

Subdomini Avaluació preanestèsica. Es van fer 13 preguntes amb resposta Likert. D'aquestes 9, es va arribar a un consens en els 3 ítems, una («Fer canvis en els tractaments farmacològics crònics sota protocol») va assolir 1 ítem i es va introduir en la segona ronda, i tres («Sol·licitar proves preoperatòries», «Sol·licitar interconsulta amb altres serveis» i «Donar el consentiment informat») es van eliminar per no haver assolit cap dels criteris (en negreta a la taula 10).

A la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica de l'avaluació preanestèsica que no s'ha exposat en el qüestionari?», els participants van proposar:

- Avaluar les proves preoperatòries.
- Realitzar proves diagnòstiques (ECG, analítica).
- Fer visites virtuals/telefòniques preanestèsiques.

- Gestionar el programa quirúrgic en relació amb les incidències.
- Coordinar-se amb altres serveis per a la programació dels pacients.
- Donar informació sobre les recomanacions preanestèsiques.

Taula 10. Resultats del subdomini *Avaluació preanestèsica, domini Experta.*

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Avaluació preanestèsica	Participar en col·laboració amb l'anestesiòleg en la realització d'entrevistes preanestèsiques	93,75 %	4,43 +/- 0,62	1
	Dur a terme de forma autònoma les entrevistes preanestèsiques	93,75 %	4,56 +/- 0,62	1
	Avaluar els antecedents mèdics i quirúrgics	93,75 %	4,5 +/- 0,63	1
	Avaluar el tractament farmacològic	93,75 %	4,43 +/- 0,81	1
	Avaluar el risc anestèsic	93,75 %	4,43 +/- 0,81	1
	Avaluar els predictors de via aèria difícil	100,00 %	4,68 +/- 0,47	1
	Sol·licitar proves preoperatòries	68,75 %	3,87 +/- 1,20	2
	Sol·licitar interconsulta amb altres serveis	50,00 %	3,31 +/- 1,2	2
	Formular el pla anestèsic previst basat en els coneixements i l'evidència científica	81,25 %	4,06 +/- 1,12	1
	Donar informació sobre el pla anestèsic	100,00 %	4,62 +/- 0,5	1
	Informar sobre els riscos anestèsics	87,50 %	4,25 +/- 0,68	1
	Donar el consentiment informat	75,00 %	3,87 +/- 0,95	1,5
	Fer canvis en els tractaments farmacològics crònics sota protocol	75,00 %	4 +/- 1,21	1,75

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

Subdomini Preparació i Administració de l'Anestèsia. Es van fer 20 preguntes amb resposta tipus Likert. D'aquestes, 14 van obtenir el consens en els 3 criteris, una, «Utilitzar l'ecografia per la realització de tècniques invasives (canalització de vies, valoracions del volum vesical...)», va assolir 1 dels criteris establerts i es va incorporar a la segona ronda, i 5 («Administrar anestèsia general sota protocol en els diferents procediments quirúrgics», «Administrar anestèsia regional sota protocol en els diferents procediments quirúrgics», «Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: mascareta laríngia», «Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: intubació endotraqueal» i «Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: tècniques d'intubació difícil») es van descartar perquè no van assolir cap dels 3 criteris predeterminats (en negreta a la taula 11).

A la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica del 'maneig anestèsic durant el procediment quirúrgic/proves diagnòstiques/terapèutiques' que no s'ha exposat en el qüestionari?», els participants van proposar:

- Estar presents quan es desperta el pacient.
- Administrar fàrmacs coadjuvants per prevenir complicacions.
- Informar els familiars de l'acte anestèsic.

Taula 11. Resultats del subdomini Preparació i administració de l'anestèsia, domini *Experta*.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Preparació i administració de l'anestèsia	Preparar els fàrmacs anestèsics d'acord amb els seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75
	Seleccionar els fàrmacs anestèsics d'acord amb els seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic	87,70 %	4,25 +/- 1,06	1
	Administrar els fàrmacs anestèsics d'acord amb els seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic	81,25 %	4,18 +/- 0,91	1

Taula 11. *Resultats del subdomini Preparació i administració de l'anestèsia, domini Experta. Continuació.*

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Preparació i administració de l'anestèsia	Preparar els procediments anestèsics d'acord amb els seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic	100,00 %	4,68 +/- 0,47	1
	Realitzar els procediments anestèsics d'acord amb els seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic	87,50 %	4,31 +/- 0,87	1
	Administrar anestèsia general sota protocol en els diferents procediments quirúrgics	68,75 %	3,75 +/- 1,12	1,75
	Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia general	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Administrar anestèsia regional sota protocol en els diferents procediments quirúrgics	31,25 %	2,87 +/- 1,08	2
	Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia regional	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Administrar sedació sota protocol en els diferents procediments quirúrgics	100,00 %	4,62 +/- 0,61	1
	Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de la sedació	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de la sedació	100,0 %	4,81 +/- 0,40	0
	Realitzar el suport ventilatori en els pacients	100,00 %	4,68 +/- 0,47	1
	Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: cànules nasals	93,75 %	4,68 +/- 0,60	0,75
	Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: mascareta simple i amb reservori	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: mascareta laríngia	68,75 %	3,87 +/- 1,14	2

Taula 11. Resultats del subdomini Preparació i administració de l'anestèsia, domini *Experta*. Continuació.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
	Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: intubació endotraqueal	50,00 %	3,5+/- 1,15	2,5
	Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: tècniques d'intubació difícil	25,00 %	2,68+/- 1,01	1,75
Preparació i administració de l'anestèsia	Utilitzar l'ecografia per a la realització de tècniques invasives (canalització de vies, valoracions del volum vesical...)	75,00 %	4,12+/- 1,25	1,75
	Estar present durant tot l'acte anestèsic	87,50 %	4,56 +/- 0,25	0
	Proporcionar suport psicològic utilitzant habilitats de comunicació	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

Subdomini Seguretat del Pacient. Es van fer 12 preguntes amb resposta tipus Likert. D'aquestes, 11 van obtenir el consens en els 3 criteris, i una va assolir 2 dels criteris (Liderar la realització del procediment de la Llista de Verificació de Seguretat Quirúrgica), per la qual cosa va ser una de les que es va incorporar en la segona ronda. No es va descartar cap pregunta en aquest subdomini (taula 12).

A la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica de la 'Seguretat del pacient' que no s'ha exposat en el qüestionari?», els participants van proposar:

- Participar en cursos o jornades relatives al tema.

Taula 12. Resultats del subdomini Seguretat del pacient, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Seguretat del pacient	Prendre les precaucions de seguretat adequades per assegurar l'administració de l'anestèsia	93,75 %	4,75 +/- 0,77	0
	Revisar la documentació del pacient	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Preparar els equips segons els estàndards i les llistes de comprovació	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Fer la comprovació de l'utilatge anestèsic (respirador, monitors, aspiració)	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Preparar els plans anestèsics segons els estàndards i les llistes de comprovació	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Preparar els fàrmacs anestèsics segons els estàndards i les llistes de comprovació	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Participar en la realització del procediment de la Llista de Verificació de Seguretat Quirúrgica	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Liderar la realització del procediment de la Llista de Verificació de Seguretat Quirúrgica	68,75 %	4,12 +/- 1,14	2
	Participar en el desenvolupament de procediments/protocols de l'ús d'equips i fàrmacs	100,00 %	4,56 +/- 0,62	1
	Participar en la notificació d'incidents de seguretat	93,75 %	4,68 +/- 0,60	0,75
	Participar en grups de millora o d'anàlisi d'incidents de seguretat	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1
	Participar en la prevenció de riscos del pacient i professionals de la salut	93,75 %	4,56 +/- 0,62	1

μ : mitjana; RI: rang interquartílic.

Subdomini Monitoratge. Es van fer set preguntes amb resposta tipus Likert. Les 7 van obtenir el consens en els 3 criteris en la primera ronda. No es va descartar cap pregunta en aquest subdomini (taula 13).

A la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica del 'monitoratge' que no s'ha exposat en el qüestionari?», els participants van aportar:

- Controlar el monitoratge i estat clínic del pacient durant l'acte anestèsic.
- Participar en els canvis de teràpia ventilatòria/farmacològica davant de les situacions inesperades seguint el coneixement científic.
- Participar en els canvis de teràpia ventilatòria/farmacològica davant les situacions inesperades segons les guies/protocols.

Taula 13. Resultats del subdomini Monitoratge, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
	Realitzar el monitoratge del pacient enfront d'un procediment anestèsic	100,00 %	5 +/- 0	0
	Vigilar el monitoratge durant el procediment anestèsic	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Analitzar les dades obtingudes del monitoratge invasiu i no invasiu a través del pensament crític i judici clínic	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
Monitoratge	Realitzar intervencions segons el monitoratge invasiu i no invasiu a través del pensament crític i judici clínic	87,50 %	4,37 +/- 1,02	1
	Realitzar el registre de les dades obtingudes del monitoratge	87,50 %	4,75 +/- 0,68	0
	Identificar les prioritats i els paràmetres de seguretat dels pacients	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Fer una resposta constructiva en situacions inesperades/emergents, i gestionar la situació clínica	87,50 %	4,56 +/- 0,72	1

μ : mitjana; RI: rang interquartílic.

Subdomini Finalització de l'anestèsia. Es van fer cinc preguntes amb resposta tipus Likert, 4 de les quals van obtenir el consens en els 3 criteris en la primera ronda. Una pregunta (Participar en l'extubació de forma autònoma) es va descartar perquè no va assolir cap criteri de consens per part dels participants (en negreta a la taula 14).

Els participants no van incorporar cap resposta a la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica de la 'finalització de l'anestèsia' que no s'ha exposat en el qüestionari».

Taula 14. Resultats del subdomini Finalització de l'anestèsia, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
	Anализar la condició del pacient abans de fer el trasllat a la unitat corresponent	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Finalitzar el suport ventilatori si és el cas	81,25 %	4,31 +/- 0,94	1
Finalització anestèsia	Participar en l'extubació de forma autònoma	25,00 %	2,81 +/- 1,26	1,75
	Acompanyar el pacient durant el trasllat	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Realitzar el traspass de la informació al personal de la unitat de cures del postoperatori	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

Subdomini Equipament. Es van formular quatre preguntes amb resposta tipus Likert. Tres de les quals van obtenir el consens en els 3 criteris en la primera ronda. Una pregunta (Netejar l'equip adequat segons el procediment i segons la situació programada/emergent) es va descartar perquè no va assolir cap criteri de consens per part del grup d'experts (en negreta a la taula 15).

A la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica de 'l'equipament' que no s'ha exposat en el qüestionari?», els participants van incorporar les següents respostes:

- Fer el seguiment del manteniment de l'equipament.
- Revisar el correcte funcionament de l'equipament abans de la seva utilització.

Taula 15. Resultats del subdomini Equipament, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Equipament	Seleccionar l'equip adequat segons el procediment i segons la situació programada/emergent	93,75 %	4,68 +/- 0,60	0,75
	Preparar l'equip adequat segons el procediment i segons la situació programada/emergent	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Utilitzar l'equip adequat segons el procediment i segons la situació programada/emergent	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Netejar l'equip adequat segons el procediment i segons la situació programada/emergent	68,75 %	3,81 +/- 1,47	3

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

Subdomini Suport Vital Avançat. En aquest apartat es van formular sis preguntes amb resposta tipus Likert. Cinc van obtenir el consens en els 3 criteris en la primera ronda. Una pregunta (Liderar equips de suport vital a les institucions) es va descartar perquè no va assolir cap criteri de consens en aquesta ronda (en negreta a la taula 16).

Els participants van aportar la resposta següent a la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica del 'suport vital avançat' que no s'ha exposat en el qüestionari?»:

- Participar en simulacions.

Taula 16. *Resultats del subdomini Suport vital avançat.*

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Suport vital avançat	Realitzar accions per mantenir o establir les condicions del pacient i proporcionar cures de suport vital avançat	93,75 %	4,75 +/- 0,77	0
	Proporcionar un correcte suport vital avançat: utilitza dispositius, fàrmacs, integració amb la resta de membres de l'equip	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Proporcionar coneixements de suport vital bàsic i avançat a altres professionals de la salut	87,50 %	4,56 +/- 0,72	1
	Mantenir la seva acreditació com a professional/instructor de suport vital avançat	87,50 %	4,56 +/- 0,72	1
	Liderar equips de suport vital a les institucions	62,50 %	3,87 +/- 1,08	2
	Tenir en compte les habilitats no tècniques (lideratge, treball en equip, consciència situacional, comunicació) en situació urgent/emergent?	93,75 %	4,56 +/- 0,62	1

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

Subdomini Cures Postoperatòries. Es van formular 12 preguntes amb resposta tipus Likert. D'aquestes, 8 van obtenir el consens en els 3 criteris, i una va assolir 2 dels criteris (Realitzar el maneig de les drogues durant el deslletament dels pacients), i es va incorporar en la segona ronda. Es van descartar tres preguntes (Ser el professional que decideix l'alta dels pacients de les unitats de recuperació postanestèsica, Ser el professional qui signa l'alta dels pacients de les unitats de recuperació postanestèsica, Administrar els fàrmacs pertinents de forma autònoma) en aquest subdomini perquè no van assolir cap dels criteris (en negreta a la taula 17).

A la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica de les 'cures postoperatòries/unitats de reanimació' que no s'ha exposat en el qüestionari?», els participants no van aportar cap resposta.

Taula 17. Resultats del subdomini Cures postoperatòries, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Cures postoperatòries	Ser el professional referent en l'atenció del postoperatori immediat	81,25 %	4,31 +/- 1,07	1
	Ser el professional que decideix l'alta dels pacients de les unitats de recuperació postanestèsica	62,50 %	3,93 +/- 1,12	2
	Ser el professional qui signa l'alta dels pacients de les unitats de recuperació postanestèsica	31,25 %	3,06 +/- 1,18	1,75
	Demostrar coneixements avançats en farmacologia i farmacocinètica de drogues, analgèsics i agents anestèsics	93,75 %	4,81 +/- 0,54	0
	Avaluar totes les complicacions postoperatòries immediates en la REA/URPA: respiratòries, neurològiques, hemodinàmiques, nàusees i vòmits	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1
	Detectar les complicacions postoperatòries en tots els àmbits: respiratoris, neurològics, hemodinàmiques, nàusees i vòmits	93,75 %	4,68 +/- 0,60	0,75
	Administrar els fàrmacs pertinents de forma autònoma	62,50 %	3,43 +/- 1,09	1,75
	Administrar els fàrmacs pertinents sota protocol	100,00 %	4,68 +/- 0,60	0,75
	Administrar els fàrmacs pertinents sota ordre mèdica	87,50 %	4,37 +/- 0,71	1
	Administrar les drogues durant el deslletament dels pacients	68,75 %	4,18 +/- 0,91	2
	Dissenyar els protocols del personal de la unitat de recuperació postanestèsica	81,25 %	4,12 +/- 0,88	1
	Participar en la realització dels protocols del personal de la unitat de recuperació postanestèsica	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

Subdomini Gestió del dolor. Es van formular 12 preguntes amb resposta tipus Likert. D'aquestes, 9 van obtenir el consens en els 3 criteris i es van descartar 3 preguntes (Gestionar les rotacions de mòrfics en pacients crònics, Aplicar de forma autònoma TENS a les unitats de dolor crònic, Aplicar de forma autònoma iontoforesi a les unitats de dolor crònic) en aquest subdomini perquè no havien assolit cap dels criteris (en negreta a la taula 18).

Un dels participants, en aquesta pregunta «Creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica de la 'gestió del dolor' que no s'ha exposat en el qüestionari?», va aportar que hi mancaven les mateixes preguntes però envers la família. No es va incorporar a la segona ronda, perquè en les preguntes corresponents al domini següent, Comunicadora, que els participants veien en el qüestionari a posteriori, ja s'hi incorporaven aquestes preguntes relacionades amb la família.

Taula 18. Resultats del subdomini Gestió del dolor, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Gestió del dolor	Formar part dels òrgans institucionals del maneig del dolor	81,25 %	4,25 +/- 0,93	1
	Ser el professional referent infermer de les unitats de dolor	81,25 %	4,31 +/- 1,07	1
	Supervisar els tractaments invasius del control del dolor postoperatori a les unitats (catèters, bombes, etc.)	93,75 %	4,56 +/- 0,62	1
	Donar informació als pacients sobre els tractaments del dolor i els efectes secundaris	87,50 %	4,5 +/- 0,73	1
	Facilitar educació sanitària als pacients sobre els tractaments del dolor	93,75 %	4,81 +/- 0,54	0
	Liderar el circuit dels mòrfics de les unitats de treball	80,00 %	4,21 +/- 0,96	1
	Gestionar les rotacions de mòrfics en pacients crònics	56,25 %	3,87 +/- 1,02	2
	Aplicar de forma autònoma TENS a les unitats de dolor crònic	56,25%	3,64 +/- 1,39	2
	Aplicar de forma autònoma la iontoforesi a les unitats de dolor crònic	56,25 %	3,62 +/- 1,25	2
	Fer el seguiment i monitoratge dels tractaments aplicats a les unitats de dolor crònic	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1

Taula 18. Resultats del subdomini Gestió del dolor, domini Experta. Continuació.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Gestió del dolor	Fer formació als altres professionals en l'àmbit del dolor	87,50 %	4,62 +/- 0,71	0,75
	Donar suport emocional als pacients en les unitats de dolor crònic	87,50 %	4,75 +/- 0,68	0

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

Subdomini Control Infeccions. En aquest subdomini es van formular quatre preguntes amb resposta tipus Likert, les quals van obtenir el consens de tots els participants en la primera ronda (taula 19).

Cap dels participants va incorporar alguna resposta a la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica del 'control de la infecció' que no s'ha exposat en el qüestionari?».

Taula 19. Resultats del subdomini Control infeccions, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Control infeccions	Aplicar els procediments segons els estàndards recomanats per garantir la higiene i l'esterilització dels materials	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Mantenir la seva actualització segons les guies enfront del risc d'infecció de les organitzacions nacionals	93,75 %	4,81 +/- 0,54	0
	Participar en l'adaptació dels estàndards de les guies nacionals als procediments anestèsics	87,50 %	4,5 +/- 0,89	1

μ : mitjana; RI: rang interquartílic.

Subdomini Documentació. En aquest apartat es van formular dues preguntes amb resposta tipus Likert i totes dues van assolir els tres criteris per perquè hi va haver consens en tots els participants (taula 20).

Cap dels participants va incorporar alguna resposta a la pregunta «Creus que hi ha alguna competència/pràctica clínica de la 'documentació' que no s'ha exposat en el qüestionari?».

Taula 20. Resultats del subdomini Documentació, domini Experta.

Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Documentació	Fer el registre complet de la informació del pacient	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75
	Facilitar a través del registre una atenció integral del pacient	100,00 %	4,87 +/- 0,35	0

μ : mitjana; RI: rang interquartílic.

Per finalitzar aquest domini, es va proposar una altra pregunta general: «I per finalitzar el bloc Experta, creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica com a experta que no s'ha exposat en el qüestionari?», i es va respondre:

- Donar d'alta els pacients del circuit de Cirurgia Major Ambulatoria.
- Docència o col·laboració en docència, en màster, graus, escoles.
- Participació en òrgans o col·lectius (Col·legi, associacions).
- Publicacions.

A continuació es presenten els resultats de la resta de Dominis, seguint la nomenclatura proposada a l'inici:

Domini Comunicadora. Aquest domini va constar de sis preguntes tipus Likert. D'aquestes, 4 van obtenir el consens en la primera ronda, i 2 («Establir una comunicació efectiva i establint sinergies amb les famílies» i «Donar suport emocional a les famílies») van assolir un dels tres ítems, i van passar a la segona ronda. No es va eliminar cap pregunta d'aquest domini (taula 21).

En finalitzar les preguntes del domini, es va proposar la pregunta «Creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica com a comunicadora que no s'ha exposat en el qüestionari?», i no es va obtenir cap resposta.

Taula 21. Resultats del domini Comunicadora.

Domini	Competència	% Consens	μ	RI
Comunicadora	Establir una comunicació efectiva i crear sinergies amb els pacients	93,75 %	4,56 +/- 0,72	1
	Establir una comunicació efectiva i crear sinergies amb les famílies	75,00 %	4,18 +/- 0,98	1,75
	Donar suport emocional als pacients	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Donar suport emocional a les famílies	75,00 %	4,18 +/- 1,10	1,75
	Mostrar habilitats per mantenir la comprensió, el respecte, l'empatia i la confiança del pacient, mantenint la confidencialitat i discreció	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Mostrar habilitats per resoldre conflictes derivats de les relacions interpersonals	81,25 %	4,5 +/- 0,81	1

μ : mitjana; RI: rang interquartílic.

Domini Col·laboradora. Aquest domini va constar de set preguntes tipus Likert. Totes les preguntes van assolir els tres ítems, de manera que es va arribar al consens entre els participants en la primera ronda (taula 22).

En finalitzar les preguntes del domini, es va proposar la pregunta «Creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica com a col·laboradora que no s'ha exposat en el qüestionari?», i no es va obtenir cap resposta.

Taula 22. Resultats del domini Col·laboradora.

Domini	Competència	% Consens	μ	RI
Col·laboradora	Col·laborar amb altres membres de l'equip per identificar solucions als problemes de salut	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Implementar noves tecnologies que millorin la seguretat dels pacients	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Establir relacions interprofessionals amb altres professionals de la salut	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Promoure la cooperació entre els diferents professionals de l'equip d'anestèsia	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Respectar els rols i les competències dels altres membres de l'equip	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Promoure el discurs constructiu i les fortaleses entre els membres de l'equip de salut	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Aportar solucions als problemes que puguin aparèixer en l'equip de salut	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75

μ : mitjana; RI: rang interquartilic.

Domini Gestora. En aquest domini es van fer set preguntes tipus Likert. En la primera ronda, una (Participar en comissions de seguretat del pacient com a gestora/líder), es va incorporar a la segona, ja que va assolir només un dels criteris de consens, i una de les quals (Establir plans per a la gestió ecològica dels residus) es va eliminar perquè no va assolir cap dels tres criteris (en negreta a la taula 23).

En finalitzar les preguntes del domini, es va proposar la pregunta «Creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica com a gestora que no s'ha exposat en el qüestionari?», i no es va obtenir cap resposta.

Taula 23. Resultats del domini Gestora.

Domini	Competència	% Consens	μ	RI
Gestora	Prendre decisions amb anterioritat per tal de preparar l'organització de professionals, equipament i materials	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1
	Utilitzar els recursos per dissenyar estratègies basades en l'evidència que integri les necessitats dels pacients i participar-hi	87,50 %	4,43 +/- 0,72	1
	Establir plans per a la gestió ecològica dels residus	75,00 %	3,87 +/- 1,08	2
	Avaluar i optimitzar l'impacte de l'ús de productes i tecnologies en la cura dels pacients	81,25 %	4,06 +/- 0,99	1
	Fer valoracions de la qualitat de les cures	87,50 %	4,62 +/- 0,71	0,75
	Participar en comissions de qualitat de les cures als pacients	81,25 %	4,5 +/- 0,81	1
	Participar en comissions de seguretat dels pacients com a gestora/líder	75,00 %	4,18 +/- 0,98	1,75

μ : mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competència eliminada.

Domini Defensora de la Salut. Les preguntes corresponents a aquest domini van ser vuit. Totes van obtenir el consens dels experts, ja que van assolir els tres criteris en la primera ronda, a excepció d'una (Utilitzar les TIC i eines de salut digital en el procés perioperatori), que només va obtenir un dels criteris i es va incorporar a la segona ronda (taula 24).

En finalitzar les preguntes del domini, es va proposar la pregunta «Creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica com a defensora de la salut que no s'ha exposat en el qüestionari?», sense obtenir cap resposta.

Taula 24. Resultats del domini Defensora de la salut.

Domini	Competència	% Consens	μ	RI
Defensora de la salut	Avaluar l'estat de salut dels pacients	93,75 %	4,68 +/- 0,60	0,75
	Participar en la promoció de la salut als pacients	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75
	Participar en l'educació de la salut dels pacients en qualsevol moment del procés perioperatori	93,75 %	4,68 +/- 0,60	0,75
	Participar en l'educació de la salut de la família en qualsevol moment del procés perioperatori	81,25 %	4,43 +/- 1,09	0,75
	Participar en l'apoderament dels pacients en el seu procés	81,25 %	4,43 +/- 0,96	1
	Garantir els drets de privacitat i confidencialitat dels pacients	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Participar en comissions de seguretat	81,25 %	4,43 +/- 0,81	1
	Utilitzar les TIC i eines de salut digital en el procés perioperatori	68,75 %	4,18 +/- 0,91	2

μ : mitjana, RI: rang interquartílic.

Domini Educadora. En aquest domini es van formular 10 preguntes en format Likert, una de les quals (Demostrar coneixements sobre la regulació professional nacional) només va assolir un dels criteris establerts per determinar el consens; per tant, es va incorporar a la segona ronda. Pel que fa a les altres nou, els experts van assolir els tres criteris; per tant, hi va haver consens en aquesta ronda (taula 25).

En finalitzar les preguntes del domini, es va proposar la pregunta «Creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica com a comunicadora que no s'ha exposat en el qüestionari?», i no es va obtenir cap resposta.

Taula 25. Resultats del domini Educadora.

Domini	Competència	% Consens	μ	RI
Educadora	Participar en activitats de formació continuada	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75
	Avaluar-la durant la seva carrera professional	87,50 %	4,5 +/- 0,73	1
	Incorporar tècniques basades en l'evidència així com les guies i els estàndards nacionals actualitzats	100,00 %	4,62 +/- 0,5	1
	Participar en projectes/estudis de recerca	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Incorporar la recerca en la pràctica diària	93,75 %	4,5 +/- 0,81	1
	Protegir els drets dels pacients que participen en els projectes de recerca	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Conèixer els estàndards de l'educació i la pràctica de la professió	100,00	4,75 +/- 0,44	0,75
	Contribuir a l'educació de professionals i estudiants compartint la seva experiència	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75
	Ajudar altres professionals de la salut aportant l'experiència en l'àmbit de l'anestèsia	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75
Demostrar coneixements sobre la regulació professional nacional	75,00 %	4,18 +/- 0,83	1,75	

μ : mitjana; RI: rang interquartílic.

Domini Professional. En aquest domini les vuit preguntes proposades en format Likert van assolir els tres criteris de consens en el primer moment. Per tant, no va caler incorporar cap pregunta a la segona ronda (taula 26).

En finalitzar les preguntes del domini, es va proposar la pregunta «Creus que hi ha alguna competència / pràctica clínica com a comunicadora que no s'ha exposat en el qüestionari?», i no es va obtenir cap resposta.

Taula 26. *Resultats del domini Professional.*

Domini	Competència	% Consens	μ	RI
Professional	Proveir cures centrades en els pacients basades en l'evidència	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0
	Reconèixer la seva responsabilitat enfront de la pràctica professional, mantenint un nivell de qualitat elevat en el coneixement, judici, habilitats tecnològiques	100,00 %	4,93 +/- 0,25	0
	Acceptar la delegació de funcions i treballar-hi	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Delegar habitualment altres membres de l'equip de salut	81,25 %	4,06 +/- 0,85	1
	Identificar oportunitats per a la contínua millora de la professió	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
	Participar en associacions professionals	93,75 %	4,43 +/- 0,62	1
	Utilitzar criteris de qualitat, satisfacció i estudi de costos per fer canvis en la pràctica i la cura dels pacients	100,00 %	4,56 +/- 0,62	1
	Vetllar pels drets dels pacients segons les seves característiques individuals, culturals, ètniques i religioses, proporcionar cures més adequades i respectar aquestes singularitats	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0

μ : mitjana; RI: rang interquartilic.

Resultats de la segona ronda

La segona ronda es va dur a terme amb un qüestionari de la plataforma SurveyMonkey®, format per 26 preguntes, 9 de les quals derivades del primer qüestionari, en què no es va assolir el consens, i 17 proposades en les preguntes obertes del primer qüestionari pel grup d'experts.

Les preguntes proposades es van mantenir en els dominis establerts al principi, excepte «Donar d'alta als pacients del circuit de Cirurgia Major Ambulatoria», que es va incorporar al subdomini Cures postoperatòries dins del domini Experta

proposat pels participants. Les propostes «Docència o col·laboració en docència, en màster, graus, escoles», «Participació en òrgans o col·lectius (Col·legi, associacions)», i «Publicacions» estaven integrades en les preguntes del domini Educadora, que els apareixia posteriorment, per la qual cosa no es van incorporar al segon qüestionari.

De les 26 preguntes que es van preparar, finalment en 23 es van assolir els tres criteris establerts, i es va arribar a un consens, tres de les quals «Gestió del programa quirúrgic en relació amb les incidències», «Informació a familiars de l'acte anestèsic» i «Ser el professional que decideix l'alta dels pacients de les unitats de cirurgia major ambulatoria», no van assolir cap dels tres criteris, per la qual cosa es van eliminar. Aquestes tres corresponien a competències proposades pels experts en la primera ronda (en negreta a la taula 27).

Donat aquest resultat, i havent assolit el consens en la segona ronda, es va decidir no afegir una tercera ronda.

El resultat final va ser de 138 competències distribuïdes en els 7 dominis corresponents als definits per l'IFNA. Aquests resultats van ser publicats a la revista *Journal of Advanced Nursing* el 2022 (Sanclemente Dalmau et al., 2022).

Taula 27. Resultats de la segona ronda, per dominis.

DOMINI EXPERTA				
Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Subdomini Avaluació preanestèsica	Avaluar les proves preoperatòries	81,25 %	4,25 +/- 1,12	1
	Realitzar proves diagnòstiques (ECG, analítica)	93,75 %	4,5 +/- 1,03	1
	Fer visites virtuals/telefòniques preanestèsiques	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
	Gestionar del programa quirúrgic en relació amb les incidències	75,00 %	3,93 +/- 1,28	1,75
	Coordinar-se amb altres serveis per a la programació dels pacients	81,25 %	4 +/- 1,31	1
	Fer canvis en els tractaments farmacològics crònics sota protocol	100,00 %	4,68 +/- 0,47	1
	Donar informació sobre les recomanacions preanestèsiques	93,75 %	4,62 +/- 1,02	0
Subdomini Preparació i administració de l'anestèsia	Utilitzar l'ecografia per a la realització de tècniques invasives (canalització vies, valoracions volum vesical...)	81,25 %	4,25 +/- 1,12	1
	Estar presents en el despertar del pacient	87,50 %	4,5 +/- 1,09	0,75
	Administrar fàrmacs coadjuvants per prevenir complicacions	93,75 %	4,62 +/- 1,02	0
	Informació a familiars de l'acte anestèsic	75,00 %	3,93 +/- 0,79	1,75
Subdomini Seguretat del pacient	Liderar la realització del procediment de la Llista de Verificació de Seguretat Quirúrgica	100,00 %	4,75 +/- 0,74	0,75
	Participar en cursos o jornades relatives al tema	93,75 %	4,62 +/- 1,02	0

Taula 27. Resultats de la segona ronda, per dominis. Continuació.

DOMINI EXPERTA				
Subdomini	Competència	% Consens	μ	RI
Subdomini Monitoratge	Control del monitoratge i estat clínic del pacient durant l'acte anestèsic	93,75 %	4,62 +/- 1,02	0
	Participar en els canvis de teràpia ventilatòria/farmacològica davant les situacions inesperades segons el coneixement científic	87,50 %	4,5 +/- 0,89	1
	Participar en els canvis de teràpia ventilatòria/farmacològica davant les situacions inesperades segons les guies/protocols	100,00 %	4,81 +/- 0,40	0
Subdomini Equipament	Fer el seguiment del manteniment de l'equipament	100,00 %	4,75 +/- 0,44	0,75
	Revisar el correcte funcionament de l'equipament abans de la seva utilització	100,00 %	4,87 +/- 0,34	0
Subdomini Suport vital avançat	Participar en simulacions	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1
Subdomini Cures postoperatòries	Realitzar el maneig de les drogues durant el deslletament dels pacients	87,50 %	4,31 +/- 0,87	1
	Ser el professional que decideix l'alta dels pacients de les unitats de cirurgia major ambulatoria	75,00 %	3,93 +/- 1,28	1,75
DOMINI COMUNICADORA				
Competència	% Consens	μ	RI	
Establir una comunicació efectiva i establint sinergies amb les famílies	93,75 %	4,68 +/- 0,70	0	
Donar suport emocional a les famílies	93,75 %	4,75 +/- 0,57	0	

Taula 27. Resultats de la segona ronda, per dominis. Continuació.

DOMINI GESTORA				
Competència	% Consens	μ	RI	
Participar en comissions de seguretat del pacient com a gestora/líder	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1	
DOMINI DEFENSORA DE LA SALUT				
Competència	% Consens	μ	RI	
Utilitzar les TIC i eines de salut digital en el procés perioperatori	93,75 %	4,62 +/- 0,61	1	
DOMINI EDUCADORA				
Competència	% Consens	μ	RI	
Demostrar coneixements sobre la regulació professional nacional	93,75 %	4,56 +/- 0,62	1	

μ: mitjana; RI: rang interquartílic. En negreta, competències eliminades.

SEGONA FASE. GRUP FOCAL

En aquest apartat es presentaran els resultats més rellevants del grup focal i en l'apartat de discussió se'n farà una anàlisi més profunda. Juntament amb els resultats qualitius, es presentarà una figura per cada codi, amb l'anàlisi de la participació i consens dels membres del grup focal.

Després de nombroses lectures, se'n va fer la primera codificació oberta, i es van obtenir 21 codis (taula 28), que després d'una segona fase de codificació axial es van distribuir en quatre categories: «Perfil de la infermera d'anestèsia», «Vivències de la pràctica clínica», «Aspectes socioculturals» i «Propostes de futur» (taula 29). En la figura 16 es poden veure les correlacions entre codis que van sorgir durant l'anàlisi.

Taula 28. Relació de codis/definició/prevalença.

Codi	Definició	N. vegades apareix codi
Augment de la demanda d'actes anestèsics	Augment del nombre d'anestèsies per garantir el confort i el mínim dolor	22
Competències	Conjunt d'habilitats, actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions, que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment (Consell de Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya, 2002)	24
Creixement de la professió	Ampliació dels llocs de treball i de les competències de les infermeres	17
Cuidar	Activitats estructurades i destinades a satisfer les necessitats d'una persona per promoure, mantenir o restablir la salut (Urra et al., 2011)	14
Diferenciació de rols	Definició de les funcions dels diferents membres de l'equip	27
Educació per a la salut	Procés dinàmic i continu que comprèn l'autocura i recomanacions per mantenir o millorar la qualitat de vida (Soto et al., 2018)	11
Especialitat infermera	Títol oficial d'àmbit estatal que reconeix una àrea de la pràctica infermera	17
Expertesa	Coneixement pràctic en una àrea que fa capaç de detectar, afrontar i resoldre problemes en la seva pràctica diària sense haver de fer cap raonament teòric. (Benner)	14
Formació	Coneixements teòrics/pràctics adquirits a través d'un programa educatiu	23
Humanització	<i>«Es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud»</i> (Jovell AJ, 1999)	16

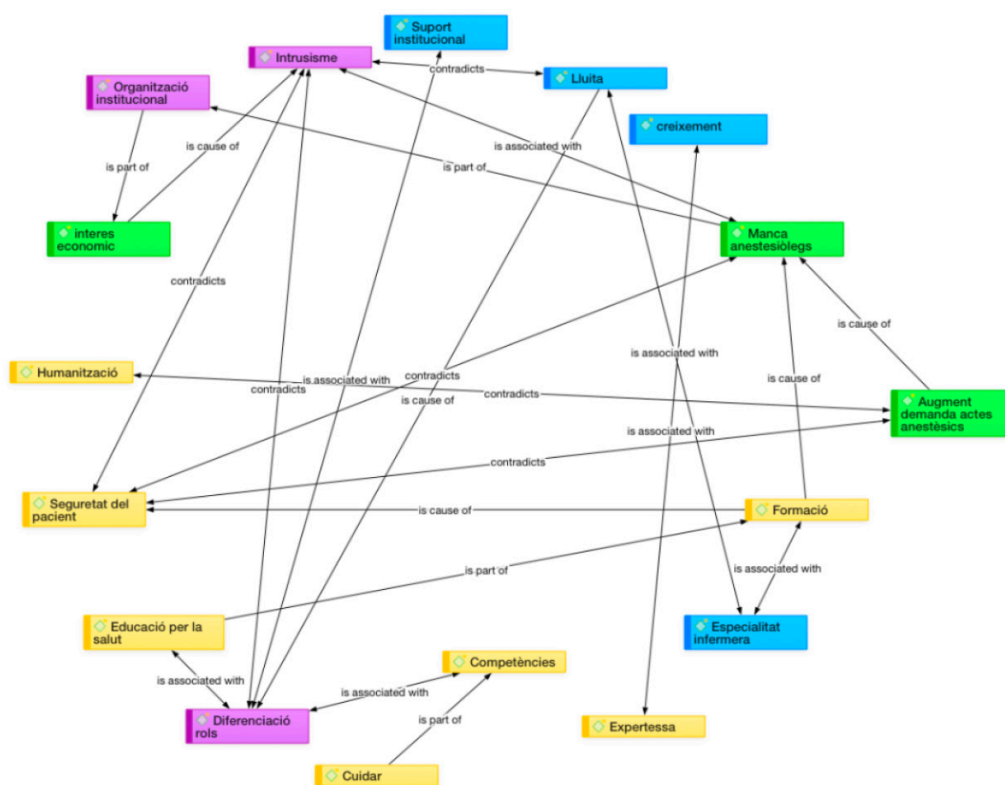
Taula 28. *Relació de codis/definició/prevalença. Continuació.*

Codi	Definició	N. vegades apareix codi
Interès econòmic	Diferència de cost econòmic dels sous anestesiòlegs/infermeres	17
Intrusisme	Realització d'activitats per part d'una persona que no està autoritzada per fer-les.	22
Lluita	Posició positiva i d'accions encaminades a la millora de la professió	13
Manca anestesiòlegs	Manca en els centres hospitalaris de metges especialistes en anestesiologia, reanimació i terapèutica del dolor	8
Organització institucional	Situació organitzativa de la IA en els hospitals	21
Procés perioperatori	Procés en el qual intervé un equip multidisciplinari i que engloba totes les fases per les quals passa un pacient des de l'avaluació preanestèsica, l'intraoperatori, el postoperatori immediat i l'adaptació al seu medi	38
Reconeixement institucional	Regulació legal i regularització a les institucions	10
Seguretat del pacient	Activitats encaminades a la protecció i minimització dels riscos potencials del pacient	11

Taula 29. Relació entre categories i codis.

Categoria	Codi
Perfil infermera d'anestèsia	Competències
	Cuidar
	Educació per a la salut
	Expertesa
	Formació
	Humanització
	Procés perioperatori
Vivències de la pràctica clínica	Seguretat dels pacients
	Diferenciació de rols
	Organització institucional
Aspectes socioculturals	Intrusisme
	Augment de la demanda d'actes anestèsics
	Interès econòmic
Propostes de futur	Manca d'anestesiòlegs
	Creixement de la professió
	Especialitat d'infermera
	Lluita
	Reconeixement institucional

Figura 16. Xarxa de codis en l'anàlisi d'Atlas.ti



Nota: Elaboració pròpia a partir d'Atlas.ti®

Categoria «Perfil de la infermera d'anestèsia»

La infermera d'anestèsia no és una especialitat reconeguda a Espanya ni, per tant, a Catalunya. Malgrat aquesta situació legal, els participants van coincidir que la infermera d'anestèsia té un perfil especial i es diferencia de la infermera generalista en molts vessants.

Competències. La formació és necessària per assolir les competències relacionades, però no únicament amb una formació teòrica s'assoleixen les competències necessàries per tenir una capacitació en un àmbit concret, tal com diuen i diferencien P2, P4 i P6 i P-8.

«Per mi ser una infermera especialitzada vol dir amb uns coneixements i unes competències especials» (P-2).

«Jo crec que és aquella i que està formada i a la vegada capacitada per tenir cura del pacient» (P-4).

«Primer ha de tenir una formació addicional continuada, formació important reglada i a més de reglada que sigui reconeguda. Hem de tenir una expertesa i uns coneixements que ens avalin tot això, i hem de tenir unes habilitats per prendre decisions complexes i unes competències clíniques. Això és la base per dir que som infermeres d'anestèsia» (P-6).

«I qualsevol malalt que surti d'un quiròfan o d'una prova amb sedació és un malalt crític i nosaltres sabem que té la capacitat de fer una complicació severa allà on estigui. Si no, qualsevol malalt podria anar directament a una planta, i no ho fem. Això és una diferència molt important: la formació i saber totes aquestes coses» (P-8).

Les habilitats clíniques són importants, però no les úniques necessàries per exercir la pràctica clínica, ja que la formació en habilitats transversals, com la comunicació i l'empatia, són vitals en un entorn en què l'objectiu prioritari és la cura de la persona. Per això, es necessita la interrelació amb altres professionals del sistema de salut.

«És que estem molt preparades per fer qualsevol tècnica, donar informació o solucionar qualsevol que passi relacionada amb aquest tipus de tècniques. Això per començar. Tenim més coses encara. Per donar docència, per buscar evidències científiques, per recollir-la, per publicar-la» (P-8).

«Hem de tenir habilitats per prendre decisions complexes i competències clíniques» (P-6).

Els participants van estar d'acord que les infermeres d'anestèsia estan preparades i capacitades per assumir el rol que fan. No totes per això creien que podien inclús assumir competències que fins ara no estan definides en el nostre país i reconegudes en el marc legal, però que per la seva formació i capacitació, senten que podrien exercir-les (figura 17).

«La infermera d'anestèsia és molt competent, però, per mi, la realitat és que legalment aquí Espanya no pot anar sola» (P-1),

«Un pacient ASA I o un ASA II sense cap problema. Això... està capacitadíssimíssima una infermera d'anestèsia per controlar aquest malalt. Capacitadíssima vol dir que no necessita a ningú, vol dir que amb un anestesiològ per a quatre quiròfans era prou. I fins ara no se n'han adonat, ara s'han adonat que això ha de canviar, una mica...» (P-8).

«Ningú posa en dubte, ningú, que una infermera de l'UCI porti un pacient d'una complexitat absoluta amb un ECMO, amb quantitat de drogues vasoactives amb un suport vital molt important, llavors porta un pacient, pot portar dos pacients, en funció de la complexitat i en moments pot ser que en aquesta UCI, està el metge de Medicina Interna o uciero, no estigui ni en aquella, ni al servei. I això ningú ho discuteix, ningú ho posa en dubte. En canvi, que una infermera d'anestèsia administri un propofol per ordre d'una ordre mèdica, a més a més protegeixi la via aèria del pacient, amb les tècniques que necessiti, amb un Mayo, amb una maniobra amb una tracció, mmm..., mandibular, amb un Ambu®, ventilant-lo amb un Ambu®, posant, jo què sé, fent la inducció anestèsica amb l'anestèsista» (P-3).

Les competències d'una professió les han de definir els mateixos membres, no les han de definir altres professions.

«Nosaltres tenim la nostra formació i les nostres competències, i això és cosa nostra de defensar-ho» (P-6).

Es va generar un sentiment comú de manca de capacitat per prendre decisions envers el tractament d'una persona, malgrat que expressaven que sí que se sentien capacitades per la seva formació, però no els era reconeguda com afirmaven P-4 i P-8.

«Creus que podries aportar més i tenir un paper més actiu i amb més rol propi dins la unitat en què treballes» (P-4).

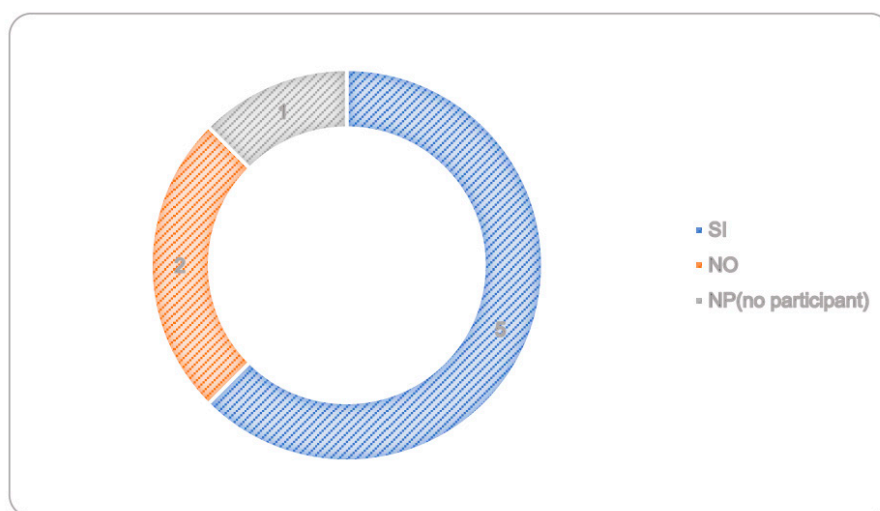
«Fem allò que ens deixen... perquè tampoc ens deixen fer tot allò que volem» (P-8).

La causa final de la manca d'autonomia, sobretot en allò que són competències en el marc de la pràctica avançada, que va sorgir, va ser l'absència d'un marc legal, que fa que la infermera d'anestèsia no tingui un marc segur per a la seva pràctica. És un dels aspectes clau i a millorar per poder exercir un rol més autònom, més

enllà d'aquelles competències generals a la professió infermera com podria ser l'educació per a la salut.

«L'ideal seria que tinguéssim una legislació que ens deixés portar una cosa molt independent, però aquí, al nostre país, infermeria no té competències per fer les coses sola» (P-1).

Figura 17. Participació i consens envers el reconeixement de les competències de la infermera d'anestèsia.



Nota: Elaboració pròpia

Cuidar. Cuidar és l'essència de la professió infermera i així ho destaquen les participants de la investigació, excepte dues que no van aportar res a aquest àmbit (figura 18).

És important per elles remarcar aquest concepte en l'entorn tan tecnològic en què es mouen en la seva pràctica i que els fa por perdre. Fins i tot P-4 demana que inclogui en la seva formació més competències transversals que les ajudi en la part de la humanització i l'educació i que les pugui situar com a líders en el procés quirúrgic del pacient.

«El que veig des del punt de vista de l'IA que jo veig ara, s'ha convertit en una infermera d'anestèsia molt tècnica, que fa sedacions, encara que cuidi» (P-1).

«Som infermeres amb uns coneixements i una formació molt específica per cuidar aquell pacient que esdevé en un procés anestèsic o en una visita preanestèsica, que passarà per un procés anestèsic» (P-3).

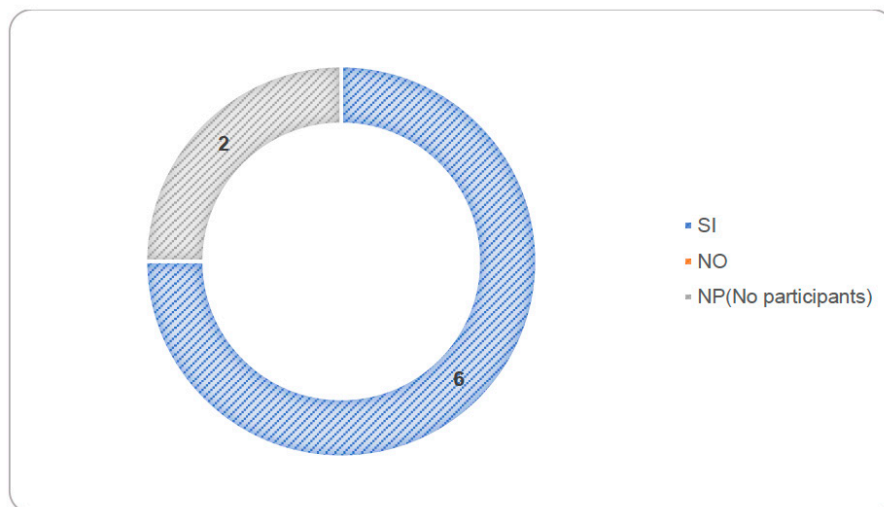
«Aquella infermera que està formada i a la vegada capacitada per tenir cura del pacient des que se li indica la intervenció quirúrgica fins que ha acabat el procés, i realment crec que tenim, o hauríem de tenir, una preparació tècnica però sí que també a tenir cura del pacient, en aquella part més humanitzada, una part d'educació al pacient... Jo veig més enllà de la part tècnica de la infermera d'anestèsia que està capacitada i preparada per treballar la part de formació i d'educació del pacient i d'humanitzar un quiròfan que és molt tècnic i crec que aquí podem jugar un paper molt important» (P-4).

P-1 aprofundeix més en com la infermera, per la seva formació global i holística, pot aportar aquestes cures amb un vessant més humanitzada a la persona, a diferència de la formació mèdica, que fins ara ha estat més enfocada a la cura de la malaltia.

«Teníem la necessitat que trobàvem a faltar en els anestesistes la part infermera de cuidar els pacients... Abans els metges eren molt menys cuidadors i més tècnics, i ens faltava molt en tots els processos el suport infermer, cuidar, de tenir-los en compte, de cuidar-los molt, i en aquest sentit teníem molt clar que havia de ser una I la que havia d'estar en tot aquest procés... El component humà dels metges que venen ara també ha canviat... Però sempre he pensat que podem ser molt eficients a l'hora de cuidar a donar-li un component més humà als processos» (P-1).

«El dolor?... Hi ha molta gent que fa més coses, que fa una formació estupenda» (P-8).

Figura 18. Participació i consens envers la base del fet de cuidar en la infermera d'anestèsia.



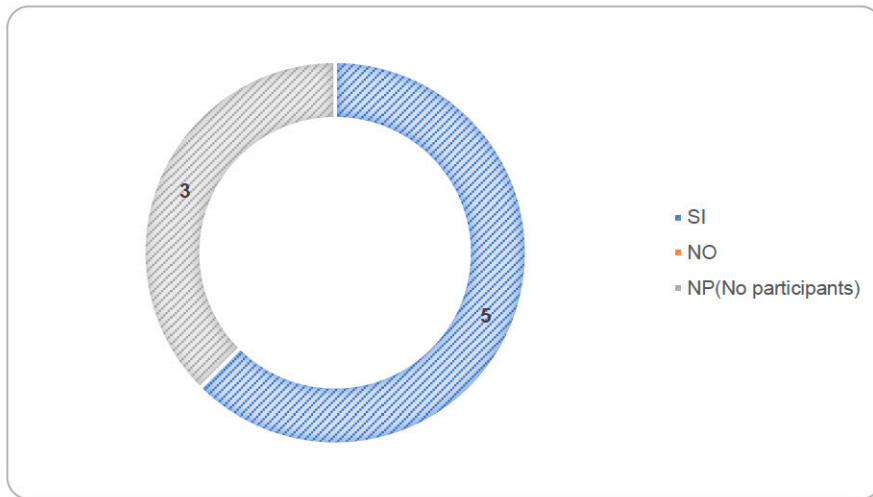
Nota: Elaboració pròpia.

Educació per a la salut. L'educació per a la salut és una competència bàsica de la professió infermera i que és determinant per portar a terme un model de salut salutogènic no basat en la malaltia de la persona. Malgrat que ho pot semblar, l'educació per a la salut no només es fa a l'atenció primària o comunitària. En àmbits de l'anestèsia, com poden ser la consulta preanestèsica, la prehabilitació multimodal o les unitats de dolor, que són intrahospitalàries i que a vegades poden semblar molt tècniques, l'educació per a la salut és essencial per a un bon desenvolupament del procés de la persona, tal com argumentar totes les infermeres que van participar aportant coneixement en aquest codi. (figura 19).

«Ja sigui des del moment en què li prescriuen una cirurgia, des de la visita preanestèsica, no només amb l'anamnesi, sinó preparar-lo per afrontar la cirurgia de la millor manera» (P-2).

«Estem veient equips en els Rapid Recoverings, en els circuits ràpids, de com les infermeres d'anestèsia poden formar els pacients, també en dolor... més enllà de la part tècnica de la infermera d'anestèsia, que està capacitada i preparada per treballar la part de formació i d'educació del pacient» (P-4).

Figura 19. *Participació i consens envers l'educació per a la salut com competència de la infermera d'anestèsia.*



Nota: Elaboració pròpia.

Expertesa. En les aportacions de les participants es reflecteix que consideren necessari que, per les característiques complexes i avançades de les habilitats de les infermeres d'anestèsia, han de tenir experiència prèvia com a infermera, abans de formar-se i treballar en aquest àmbit. Actualment, els màsters existents no demanen una experiència prèvia com a requisit indispensable, a diferència de les recomanacions de l'ICN i l'IFNA. En el que no van arribar a un acord, va ser si aquesta experiència ha de ser en l'àmbit quirúrgic o de l'anestèsia, o bé com a infermera generalista (figura 20). Com diuen P-3 i P-7, l'experiència només s'assoleix si s'està en el lloc de treball, i per això cal incorporar-s'hi i que hi hagi acompanyament i mentoria.

«Una infermera d'anestèsia amb un postgrau, sense experiència d'anys quirúrgic o d'infermera, és una infermera coixa, perquè li falta molt de bagatge i de visió general... Si no es pot fer més formació i ha de ser un màster, que tingui una experiència prèvia com a infermera abans de fer anestèsia» (P-1).

«Qualsevol formació d'infermera d'anestèsia ha de tenir una experiència prèvia com infermera assistencial, perquè si no, hi ha moltes coses que potser se'ls escapen perquè no han tingut l'experiència anterior abans d'assolir una responsabilitat i unes competències com és la infermera d'anestèsia» (P-6).

«L'experiència, penso que s'assoleix a mida de..., potser estic d'acord amb el que ha comentat P-4 de les hores de pràctiques; crec que segurament són poques... Una infermera que surt d'un màster, evidentment no..., no es pot considerar cap infermera experta. Té una formació, li han donat unes competències, unes capacitats, que estan molt clares i que te les han de donar únicament al màster, però, evidentment, les habilitats i l'expertesa i, al final, les competències, les fixes amb el dia a dia. Evidentment que al final a aquestes infermeres que s'incorporen a aquests llocs de treball, se les ha d'acompanyar» (P-3).

«Això de l'experiència estic una mica dubtant, perquè al final si tens una formació i has fet unes pràctiques, tothom ha de començar algun dia. Llavors tindre experiència en anestèsia, ho dubto una mica. No sé què pensar...» (P-7).

Les participants van diferenciar l'expertesa de l'experiència, considerant que l'expertesa comporta anys d'experiència. Però treballar en un àmbit concret durant anys no necessàriament comporta que una infermera sigui experta en aquella àrea. L'expertesa és considerada com el coneixement pràctic en una àrea que permet detectar, afrontar i resoldre problemes en la seva pràctica diària sense haver de fer cap raonament teòric. Potser, com aporta P-4, l'expertesa té a veure amb l'actitud de les persones davant de les situacions complexes, les relacions interpersonals.

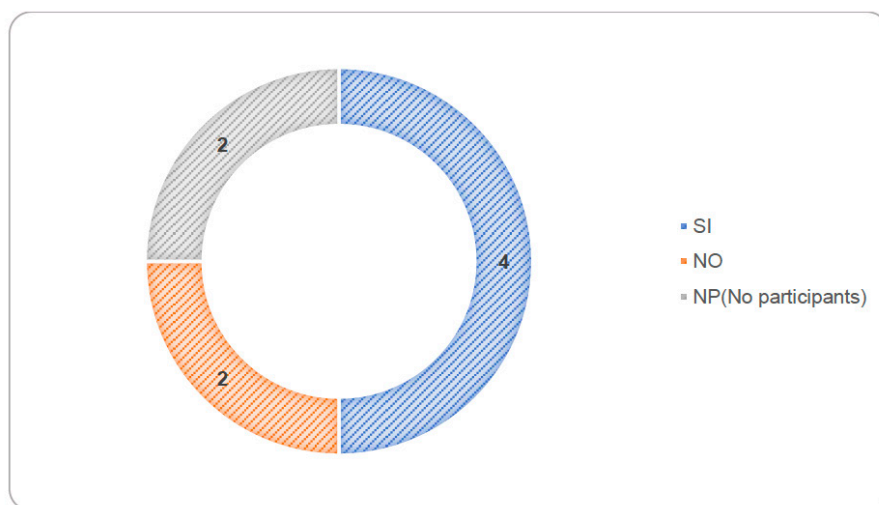
«Jo soc de les que crec que realment l'expertesa inclou l'experiència, però també us he de dir que jo, que fa bastants anys que hi treballo, que tinc companyes que porten tants anys com jo, 24 o 25 anys, i que potser per molts anys que hi portin treballant, no tenen aquesta capacitat que jo anomenaria, que les consideraria infermera d'anestèsia. I tinc companyes que fa molts menys anys que estan treballant i que tu ja les veus que tenen un perfil, que podrien ser perfectament infermera d'anestèsia» (P-4).

Una de les característiques de la infermera experta, tal com expressen P-3 i P-8, és la capacitat d'avançar-se a les situacions inesperades, basant-se en els coneixements adquirits en la pràctica. La infermera experta pot gestionar el dia a dia, segons els plans de cures estandarditzats, però no ser capaç de preveure i avançar-se a situacions emergents i complexes que poden condicionar l'estat de salut de les persones.

«Has de tenir una expertesa molt més marcada, inclús un perfil com a infermera d'anestèsia que saps que et respondrà en qualsevol situació. El que jo dic al meu equip i a totes les infermeres que tinc de pràctiques: mai passa res, però és que ens hem de posar en el pitjor dels casos. Hem d'estar sempre preparades pel pitjor, val... Mai passa res» (P-3).

«La infermera d'anestèsia sap què pot passar amb aquest malalt, que pot tenir una reacció al·lèrgica a qualsevol tipus de fàrmac que hem utilitzat. Sap com reaccionar, com ha de començar a fer la seva feina, en el moment que surt el dubte, en el moment que passa alguna cosa» (P-8).

Figura 20. Participació i consens en referència a la necessitat de tenir experiència prèvia abans de treballar com a infermera d'anestèsia.



Nota: Elaboració pròpia.

Formació. La formació, entesa com els coneixements teòrics i pràctics adquirits amb un programa educatiu, és un dels trets diferencials que les participants van aportar que havia de tenir la infermera d'anestèsia, per diferenciar-la de la infermera generalista.

«Per mi és una infermera especialitzada; vol dir amb uns coneixements i unes competències especials, que té cura del pacient en tot el procés perioperatori... Tenim una formació molt evident, molt clara, molt específica» (P-2).

«Som infermeres amb uns coneixements i una formació molt específica per cuidar aquell pacient que esdevé en un procés anestèsic o en una visita preanestèsica, que passarà per un procés anestèsic» (P-3).

«Primer ha de tenir una formació addicional continuada, formació important reglada i a més de reglada que sigui reconeguda» (P-6).

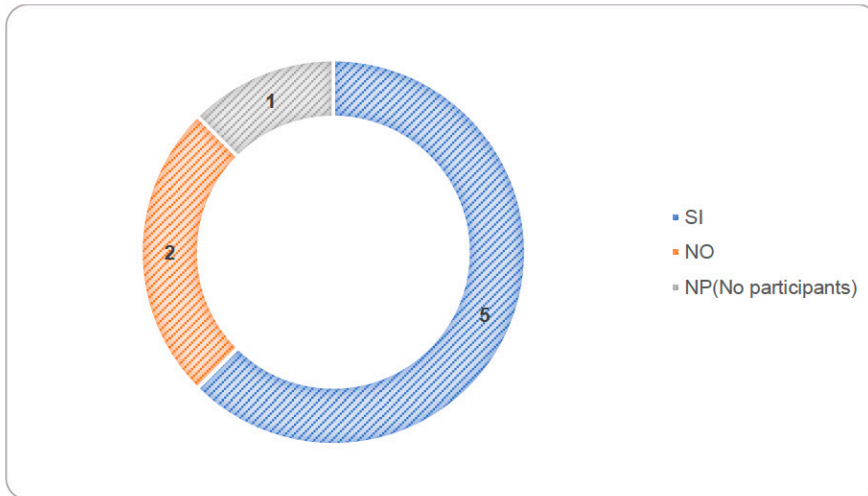
Les participants pensen que la formació postgraduada que reben en els màsters és adequada i les prepara per a la pràctica. Se senten ben formades i preparades i amb les competències per desenvolupar-se com a infermeres d'anestèsia. No obstant això, P-3 i P-4 consideren que les hores de pràctiques en els programes de màster són escasses i s'haurien d'ampliar, sobretot la part que pugui donar més autonomia a la infermera d'anestèsia (figura 21).

«Estem molt preparades. Fem uns màsters, fem uns cursos que ens preparen per a això» (P-8).

«Jo crec que els programes de formació, quant a les hores de pràctica, són molt breus. Hauríem de tenir una formació que realment impliqués més hores de pràctiques i més activitats soles i no acompanyades d'un anestesista» (P-4).

«Potser estic d'acord amb el que ha comentat P-4 de les hores de pràctiques. Crec que segurament són poques. Una infermera que surt d'un màster, evidentment no..., no es pot considerar cap infermera experta... Te les ha de donar únicament el màster» (P-3).

Figura 21. *Participació i consens en la idoneïtat de la formació actual de la infermera d'anestèsia.*



Nota: Elaboració pròpia.

Humanització. La humanització, malgrat ser una característica intrínseca a les cures de la salut i en concret a la professió infermera des dels seus orígens, en els últims anys sembla que s'ha perdut, probablement per la incorporació de la tecnificació de les cures. En l'àmbit de l'anestèsia i el procés quirúrgic, aquesta tecnificació és més evident, i les infermeres d'anestèsia senten que s'han convertit en professionals molt tècniques en algunes ocasions, que necessiten sempre les tecnologies per a la seva pràctica, de manera que perden la part humanista de la professió infermera. Només va haver-hi una participant que no va contribuir en aquesta àrea (figura 22).

«A vegades ens estem tornant com molt tècniques, com anestesistes» (P-5).

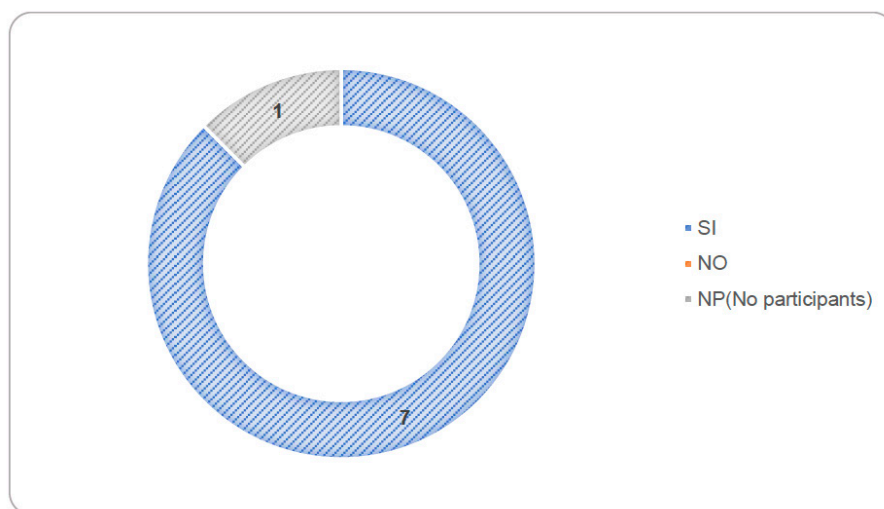
Potser, segons les participants, la infermera d'anestèsia pot ser un pilar i un referent en la humanització de les cures a les persones durant tot el procés.

«La infermera d'anestèsia que està capacitada i preparada per treballar la part de formació i d'educació del pacient i d'humanitzar un quiròfan, que és molt tècnic, i crec que aquí podem jugar un paper molt important... Ja no entro si estem més o

menys capacitades, i evidentment una part humanística o de seguretat del pacient en determinats procediments» (P-4).

«La infermera d'anestèsia inclou preoperatori, clínica de dolor en què sí que hi tenim molt a dir, i la versió més humanista nostra» (P-6).

Figura 22. Participació i consens envers l'aportació d'humanització en el procés perioperatori per part de la infermera d'anestèsia.



Nota: Elaboració pròpia.

Procés perioperatori. La infermera d'anestèsia assisteix les persones en diferents moments del procés perioperatori. Es pot definir com el procés en el qual intervé un equip multidisciplinari que engloba totes les fases per les quals passa una persona, des de l'avaluació preanestèsica, l'intraoperatori, el postoperatori immediat fins a l'adaptació al seu medi. Aquest és un procés inclòs en el concepte de medicina perioperatoria introduït en els últims vint anys, en què els professionals de l'àmbit de l'anestèsia participen en les cures de la persona, més enllà de l'àmbit pròpiament de l'àrea quirúrgica, com les consultes preanestèsiques, àrees de proves diagnòstiques/terapèutiques, en què es necessita un acte anestèsic per dur-les a terme amb un grau de confort i sense dolor per la persona, unitats de dolor agut que tenen el seu paper principal en el postoperatori a les unitats d'hospitalització i les unitats de dolor crònic.

Una altra característica d'aquest procés és que és un procés en el qual intervenen diferents professionals de la salut, en què és totalment necessari el treball en equip, que té com a centre i objectiu principal la persona en la seva totalitat.

Les infermeres d'anestèsia senten que formen part d'aquest procés perioperatori en diferents etapes, participant en la cura des de diferents vessants segons l'àmbit concret i ho demostren participant totes en algun moment o altre en la discussió d'aquest procés (figura 23)

Són partícips de la consulta preanestèsica i de les unitats de dolor, en què l'educació de la salut i la informació i acompanyament a la persona són competències transversals molt desenvolupades i que permeten un rol més autònom de la infermera.

«Té cura del pacient en tot el procés perioperatori, ja sigui des del moment que li prescriuen una cirurgia, des de la visita preanestèsica, no només amb l'anamnesi, sinó preparar-lo per afrontar la cirurgia de la millor manera perquè tingui els millors resultats postoperatoris» (P-2).

«La infermera d'anestèsia inclou preoperatori, clínica de dolor, en què sí que tenim molt a dir, i la versió més humanista nostra» (P-6).

La participació de la infermera d'anestèsia en l'àrea quirúrgica potser és la que, quan una pensa en anestèsia, és el primer que li ve al cap, ja que és el vessant més coneguda. No obstant això, és un rol que no està representat com a tal, en tots els centres hospitalaris. Al contrari, cada cop més hi ha presència d'infermeres d'anestèsia en àrees d'exploracions fora de l'àrea quirúrgica, en la qual s'apliquen procediments que necessiten un acte anestèsic, per tal que la persona toleri millor la prova en concret. Habitualment se subministren anestèsies de tipus sedació superficial i/o profunda, en què la infermera d'anestèsia, sota protocol o indicació mèdica, administra la sedació i manté el monitoratge i vigilància durant tota la prova.

En aquestes àrees, la tecnificació que requereixen els processos pot fer que es perdi la part més humanista dels professionals, i que les infermeres participants creuen que són vitals per vetllar justament per això, que aporten una visió global de la persona.

«A vegades ens estem tornant com molt tècniques, com anestesistes, per exemple en sedacions, com jo estic treballant ara. Però sí que intentem donar la part més assistencial més global del pacient, més les cures d'infermeria. És el que veig» (P-5).

«En el meu hospital, per exemple, la infermera d'anestèsia té un paper bastant definit en el preoperatori i en la unitat del dolor, amb matisos. Però dintre de l'àrea quirúrgica no hi ha infermera d'anestèsia, com a tal» (P-4).

Un altre àmbit en el qual la infermera d'anestèsia està present, o hi hauria d'estar segons les participants, és la unitat de recuperació postanestèsica. La complexitat dels actes anestèsics i les seves possibles complicacions posteriors fan que considerin que aquestes infermeres, amb la formació específica, tinguin la capacitat per tractar els pacients d'aquestes unitats.

«Una infermera d'anestèsia està preparada per portar un malalt crític... que surt d'una sedació, d'una anestèsia general o de qualsevol tipus. La infermera d'anestèsia sap què pot passar amb aquest malalt, que pot tenir una reacció al·lèrgica a qualsevol tipus de fàrmac que hem utilitzat. Sap com reaccionar, com ha de començar a fer la seva feina en el moment que surt el dubte en el moment que passa alguna cosa, està més que preparada, formada i n'és conscient» (P-8).

Per les característiques de la seva pràctica clínica, la infermera d'anestèsia té un rol molt ampli que, a més de l'assistencial, també inclou la participació en docència, ja sigui en la tutorització d'alumnes dels programes de màster durant els períodes de pràctiques o bé impartint classes en els programes formatius.

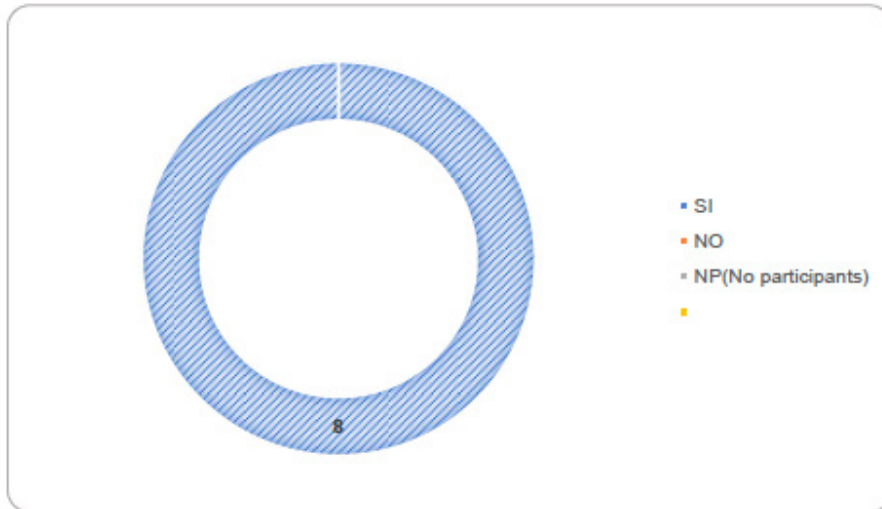
«El que jo dic al meu equip i a totes les infermeres que tinc de pràctiques: mai passa res, però és que ens hem de posar en el pitjor dels casos. Hem d'estar sempre preparades per al pitjor, val?» (P-3).

«Tenim més coses encara. Per donar docència, per buscar evidències científiques...» (P-8).

Referent a la investigació, i en consonància amb la resta d'infermeres, creuen que és imprescindible i un punt a treballar i millorar per avançar en la professió, utilitzar la pràctica basada en l'evidència, fer recerca, publicar.

«Ara som IPAs. És així, és el que som i ens hem de fer valdre. I hem d'escriure molt, fer molta publicació, fer-nos evidents» (P-8).

Figura 23. Participació i consens en la participació de la infermera d'anestèsia durant el procés perioperatori.



Nota: Elaboració pròpia

Seguretat del pacient. La seguretat del pacient és un dels pilars de les cures de la salut i es podria definir com les activitats encaminades a protegir i minimitzar els riscos potencials del pacient. En tots els àmbits de la salut, és imprescindible treballar sempre per vetllar per la seguretat del pacient, però en l'àmbit de l'anestèsia aquest és un aspecte importantíssim, ja que la labilitat moltes vegades dels pacients, les tècniques molt invasives, l'ús de fàrmacs d'alt risc, etc. proporcionen un entorn amb un alt potencial d'efectes adversos.

En l'àmbit en què van coincidir les participants és com incorporar la sedació en exploracions que abans es feien sense sedació, ha millorat el confort i ha disminuït el dolor de la persona, per la qual cosa la millora també ha estat envers la seva seguretat. El fet d'incorporar infermeres d'anestèsia en aquests processos ha permès que es pogués generalitzar la sedació i el monitoratge i vigilància durant la prova. Només una de les participants no va contribuir al debat (figura 24).

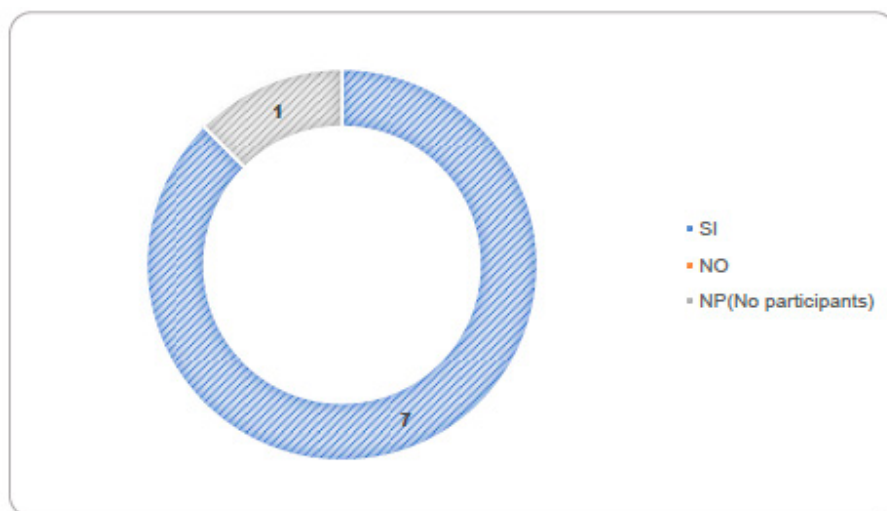
«El fet de protegir el pacient també davant del dolor, i amb tot això vull dir que anem cap al patiment mínim del pacient. Aleshores qualsevol procediment que li pugui causar qualsevol desconfort ja procurem sedar-lo. Amb tot això ha augmentat tal volum, tots els procediments amb sedació i amb anestèsia, pels equips, pels serveis d'anestèsia que és inassumible, és inassumible» (P-3).

«Em deia una companya meva que era asturiana, que és feina a còpia de 'Calla bobín, calla bobín', és a dir, feies una endoscòpia o feies una fibro i era 'a pelo'. A això gràcies, hem avançat i ara ho fem en unes condicions molt més òptimes per al pacient» (P-6).

«Ja no entro en si estem més o menys capacitades, i evidentment una part humanística o de seguretat del pacient en determinats procediments que també hi ha hagut molts incidents greus que per no fer les coses com s'haurien d'haver fet, i que al final una de les solucions ha estat fer més sedacions o fer les coses en unes altres condicions» (P-4).

«El que és cert és que, no només posem vies ni només posem... carreguem bombes, ni posem propofol, sinó que fem moltes més coses, que és tenir cura d'un malalt durant tot el procés perioperatori i durant el procés anestèsic de la seguretat» (P-8).

Figura 24. Participació i consens envers la participació de la infermera d'anestèsia en la seguretat del pacient.



Nota: Elaboració pròpia.

Categoria «Vivències de la pràctica clínica»

Totes les participants eren infermeres que estaven en la pràctica en el moment de la constitució del grup focal, i que portaven un mínim de 5 anys d'experiència (criteris d'inclusió). Aquesta situació va comportar que el debat sobre què estaven fent, com ho estaven fent, les diferències en la pràctica que hi havia entre elles i

les relacions interpersonals en l'àmbit de treball, fos molt enriquidor i profund. El fet de no haver regulat les competències ni haver-les desenvolupat ha portat a situacions complexes en els llocs de treball i al fet que no hi hagi un criteri comú dels centres, sobre què han de fer o què poden fer les infermeres d'anestèsia.

Diferenciació de rols. Per a les participants, va quedar palès que era important per a un millor treball en equip, i com a objectiu central la persona, definir les funcions dels diferents membres de l'equip. És important establir quin model d'equip d'anestèsia necessitem i volem determinar per donar resposta a les necessitats de les persones i la societat. En l'equip hi conviuen anestesiològs i infermeres, cadascun amb la seva formació i les seves competències, que han d'estar ben fixades, per tal de poder avançar i treballar de forma més segura sense por de l'intrusisme.

«Haviem de vigilar, que algú ha dit que s'havien de definir quines són les nostres funcions, per no trepitjar els altres professionals» (P-1).

«Vol dir que amb un anestesiològ per a quatre quiròfans era prou. I fins ara no se n'han adonat, ara s'han adonat que això ha de canviar, una mica. Que hi ha feina pels altres? Aquests anestesiològs han d'estar fent una altra feina fora del quiròfan o en un altre lloc i nosaltres podem fer aquesta» (P-8).

«Jo, si hagués volgut ser metge, hauria volgut ser anestesiològ, hauria estudiat Medicina, però no, jo vull ser infermera» (P-3).

Aquesta situació de manca de definició del rol, sobretot de la infermera d'anestèsia, fa que en algunes ocasions se sentin perdudes en el lloc de treball, veient que s'han preparat per fer una funció, i que en el lloc i moment que podrien retornar tot aquest coneixement, no les deixen, i altres professionals exerceixen la seva funció, de manera que queden relegades a segon terme, o apartades directament.

«De fet, jo, quan faig d'infermera d'anestèsia al quiròfan, no puc posar ni vies, perquè ha de practicar el resident d'anestèsia i moltes vegades, ara que entro al quiròfan, no acabo de trobar el meu lloc, perquè no sé quin és el meu rol allà dintre» (P-4).

«No posen ni vies a quiròfan, perquè les posen els residents d'anestèsia... És clar, me sento com a fora del debat» (P-7).

Seguint en això mateix de la definició de les competències, sembla que és clar que en les situacions en què l'educació per a la salut i la gestió de casos són presents

i són necessaris, la infermera d'anestèsia hi té un paper destacat i es diferencia del rol que representa l'anestesiòleg de manera clara.

«A part de tota l'educació sanitària que li donarem nosaltres i que segurament ell no s'entretindrà a fer aquesta, perquè igualment són més tècnics i mirant més les proves, l'ecocàrdio» (P-3).

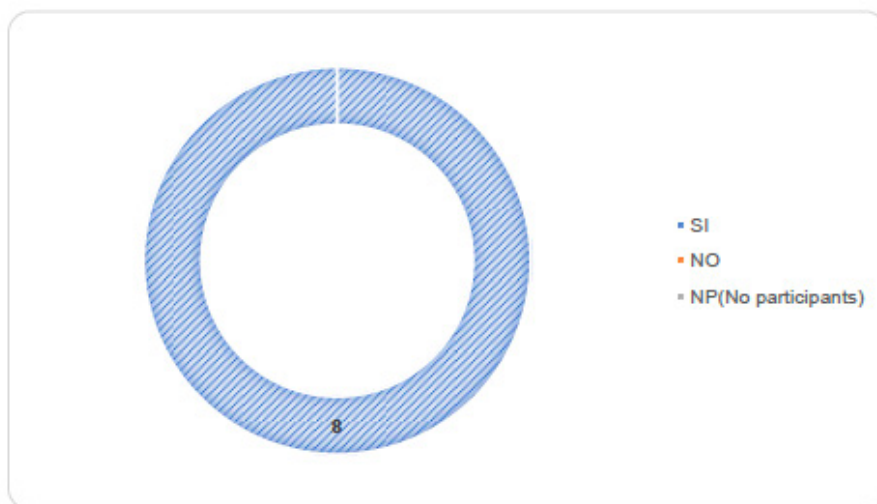
«En el tema del dolor, la infermera d'anestèsia té una funció molt important, que és la funció d'enllaç... entre els equips quirúrgics, els equips d'anestèsia i les plantes d'hospitalització. Per què? Perquè coneixia perfectament com treballaven les tres parts i aquest coneixement feia que es poguessin comunicar i qualsevol cosa que volguessis implementar o tirar endavant, funcions molt bé» (P-4).

Per concloure, totes les participants van creure imprescindible definir les competències de cada membre de l'equip, però sobretot de la infermera d'anestèsia, que actualment no estan, i que fossin les mateixes infermeres qui les definissin (figura 25). Amb això esperen que el treball en equip adquireixi una maduresa que beneficiaria molt la persona, centre de les cures, i la professió, i garantiria la defensa dels llocs de treball i del rol de la infermera d'anestèsia dins l'equip de salut.

«Penso, com diu P-8, que no substituïm a ningú i que el discurs ha d'anar dirigit cap a les competències i a defensar llocs de treball» (P-3).

«Hem de lluitar per a això, per definir el nostre lloc... Nosaltres tenim el nostre rol propi... el problema és, primer, que no hi ha una definició clara que és per a tots els centres» (P-6).

Figura 25. *Participació i consens respecte a la necessitat de diferenciar el marc competencial entre infermers d'anestèsia i anestesiològs.*



Nota: Elaboració pròpia.

Organització institucional. Un altre punt que va generar molt debat és què fan les infermeres d'anestèsia als hospitals catalans. Com era de suposar, davant la manca de regulació tant des del punt de vista formatiu com competencial, la realitat que vivia cada infermera era diferent i depenia de cada institució i no d'un marc regulatiu i de la capacitació de les professionals. Segons la demanda del centre, del tipus de gestió del centre, de la direcció, de la dependència funcional de les infermeres, i dels mateixos professionals, la situació estructural i en quins àmbits eren presents, eren diferents. Això no va ser ben acollit per les participants, ja que estaven convençudes que la regulació havia de ser genèrica a partir de la formació i capacitació rebuda.

«Hi ha els residents d'anestèsia, i les infermeres d'anestèsia no tenim funció. Hi ha les infermeres d'anestèsia de clínica del dolor, una tercera fent preoperatoris i aquí s'han acabat les infermeres d'anestèsia, entre cometes» (P-2).

«Hi ha diferents realitats en els hospitals on treballem, i en aquest grup també hi som presents... Dintre de l'àrea quirúrgica no hi ha infermera d'anestèsia, com a tal, passa com en l'hospital on treballa la P7» (P-4).

«Dins el meu àmbit laboral la infermera d'anestèsia es veu molt limitada... és l'únic hospital de l'ICS que no té una infermera de preanestèsia, de consulta de preanestèsia, no existeix» (P-7).

«Jo treballo a la sanitat privada... en el nostre servei que tenim a àrea central 12 quiròfans, una àrea amb 5 i l'altre amb 3, i després el 50 % de l'activitat fora de l'àrea quirúrgica... Tenim 7 sales d'endoscòpia, tenim 2 gabinets d'hemodinàmica, tenim radiologia, tenim litotrícies, tenim moltíssima activitat. Som actualment 95 anestesiològics i 27 infermeres. Tots els quiròfans estan coberts per un anestesiològic, i, així i tot, som 27 infermeres d'anestèsia pagades pel servei d'Anestesiologia» (P-3).

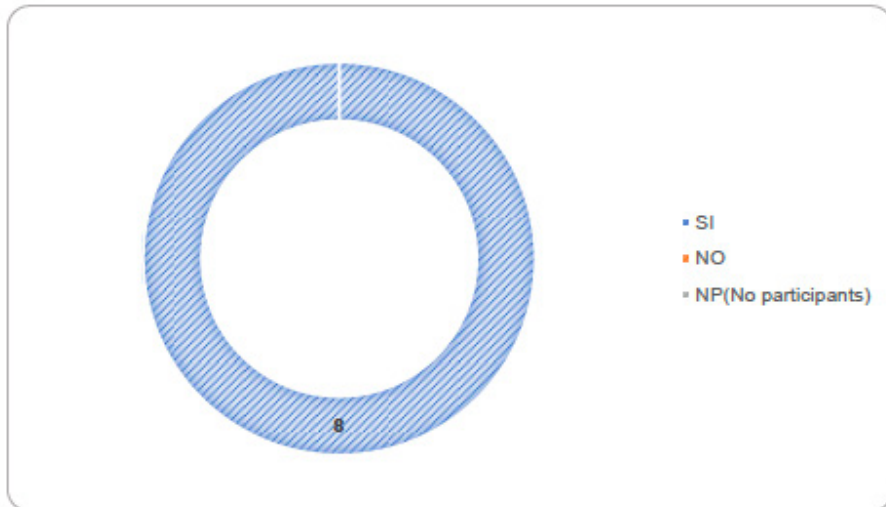
La mala gestió de les especialitats infermeres en la història d'Espanya, amb poca definició i manca de reconeixement tant social com econòmic, és potser una de les causes que les direccions i gestions infermeres hagin utilitzat el recurs de la polivalència de les infermeres en els diferents àmbits de treball, sense tenir en compte la formació i/o experiència prèvia. En el cas de les infermeres d'anestèsia, com que, a més, no ha estat reconeguda com a especialitat fins ara, aquesta connotació s'ha accentuat.

Totes les infermeres participants senten que no se'ls ha tingut en compte, i que els seus llocs han estat ocupats per professionals a vegades sense la capacitat corresponent (figura 26).

«La polivalència d'infermeria sempre ha estat una grana eina i que ha utilitzat recursos per anar bellugant d'una banda a una altra, sense tenir en compte la seva formació» (P-6).

«Les direccions d'infermeria... aaah... Realment ens estan ajudant? Tenim les direccions infermeres, parlo de la meua, que viu en el segle passat, vale? Si el que tens a dalt de tot no et creu, 'apaga y vámonos'... Hi ha gent sense formació cobrint llocs de feina, que hi ha gent molt preparada que ho podria estar fent, pel mero fet que per antiguitat» (P-2).

Figura 26. *Participació i consens envers les diferències en la pràctica clínica de les infermeres d'anestèsia i les institucions.*



Nota: Elaboració pròpia.

Intrusisme. Es pot considerar intrusisme la realització d'activitats per part d'una persona que no està autoritzada per fer-les. La incorporació d'infermeres d'anestèsia per part de les direccions dels centres en llocs de treball on històricament hi havia hagut un anestesiològ, o en llocs nous, però molt lligats al procés anestèsic, ha desfermat en algunes ocasions, i aquest és el parer d'una de les participants, P-1, la sensació que s'estan utilitzant infermeres per substituir anestesiològs. L'intrusisme, com P-1 denomina aquesta situació, ve molt lligat a la manca de definició dels rols i competències de cada professional en un equip de treball.

«Penso que el component humà que volíem aportar ens ha estat utilitzat per ocupar un lloc de treball d'anestesiista... Hauríem d'aprendre que cada una ocupa un lloc»
(P-1).

D'altra banda, la majoria de participants estaven convençudes que s'havia d'allunyar del fet que les infermeres estaven fent intrusisme, excepte P1, i que cadascú tenia el seu lloc i que no es volia treure el lloc de ningú, ja que aportaven cures al pacient des de diferents vessants (figura 27).

«Igual ara la sensació que estem substituint en sedacions i coses d'aquestes a altres professionals, la infermera d'anestèsia inclou preoperatori, clínica de dolor en què sí que tenim molt a dir. No substituïm a ningú» (P-6).

«Ningú vol treure el lloc. Volem ocupar el lloc, som professionals que volem ocupar aquest lloc. No volem treure» (P-8).

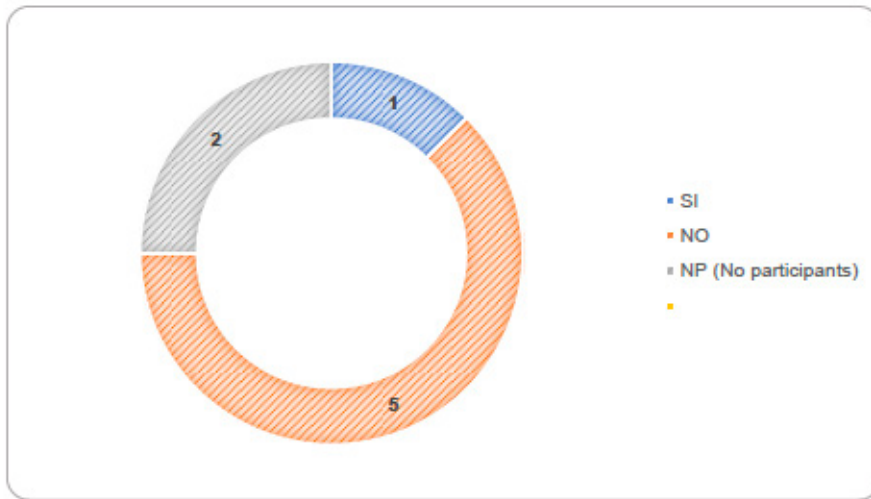
La incorporació de nous rols en un equip de treball pot portar a vegades, si no es fa amb una metodologia adequada, amb una bona integració, fent-ne sentir els altres membres participants, i de l'acompanyament dels nous membres, a l'aparició de problemes de relació entre els membres, manca o dificultat de comunicació dins l'equip. Aquestes situacions poden derivar en problemes en l'atenció a les persones, i poden donar lloc inclús a efectes indesitjables.

«Tinc la sensació que ens veuen com a perilloses, que volem treure el lloc de feina als anestesiològs, quan hi ha feina per ells, per nosaltres i per molta més gent. Tenen por a perdre aquest lloc» (P-8).

«Amb moltes reticències dels serveis d'anestèsia, però és que ells són els que s'han posat allà!» (P-3).

«Perquè la línia d'infermera d'anestèsia/anestesiòleg, hi ha molta gent que no li agrada» (P-7).

Figura 27. *Participació i consens respecte a considerar la pràctica de la infermera d'anestèsia com a intrusisme.*



Nota: Elaboració pròpia.

Categoria «Aspectes socioculturals de la incorporació de la infermera d'anestèsia»

Malgrat que la infermera col·laborava amb l'anestesiòleg per a la cura del pacient en un procés anestèsic, la infermera d'anestèsia com a tal s'ha anat implementant a finals del segle XX i principis d'aquest segle XXI. Això, segons les participants, ha estat per diferents raons, que han portat que la infermera d'anestèsia actualment ocupi un lloc cada cop més diferenciat en l'equip de salut.

Augment de la demanda dels actes anestèsics. L'augment de procediments com les exploracions diagnòstiques o terapèutiques en els programes de prevenció de la salut, així com els avenços tecnològics que comporten l'augment de cirurgia mínimament invasiva en els últims anys, i la seva realització sota anestèsia (sedació en la majoria de les ocasions) per garantir el confort de les persones, és una realitat cada cop més freqüent en els centres hospitalaris. Les persones saben que hi ha aquesta opció, i cada cop més, com és d'esperar, sol·liciten no tenir dolor i estar sedades durant les proves.

«Qualsevol procediment que li pugui causar qualsevol desconfort ja procurem sedarlo. Amb tot això ha augmentat tal volum, tots els procediments amb sedació... Hi ha una realitat social que ha generat la introducció de la infermera en aquest àmbit, en aquests serveis» (P-3).

«Hi ha hagut un augment de procediments que fa anys..., em deia una companya meva que era asturiana, que és feina a còpia de 'calla bobín, calla bobín', és a dir, feies una endoscòpia o feies una fibro i era 'a pelo'» (P-6).

Aquest augment sobretot s'ha vist incrementat en àrees de fora de l'àrea quirúrgica, i ha portat a la necessitat d'augmentar el nombre de professionals d'anestèsia, per donar cobertura a aquests procediments.

«Amb aquest augment de fer sedacions cada vegada més fora de l'àrea quirúrgica, es necessita més gent» (P-6).

«Nosaltres tenim infermera d'anestèsia a la consulta, portant sedacions, i a la reanimació, i curiosament on no som de l'equip d'anestèsia, ja que tenim 2 equips distints entre quiròfan i anestèsia, és a la infermera de l'intra, de quan fas l'anestèsia» (P-1).

Cal destacar que en aquests àmbits és on més ha crescut la presència d'infermeres que administren anestèsia en forma de sedació, de vegades sense la formació corresponent en anestèsia i sense la presència d'un anestesiològ a l'àrea, depenent de la prescripció d'aquesta per part d'un altre especialista mèdic.

«Ara, per les necessitats, hi ha gent sense formació cobrint llocs de feina» (P-2).

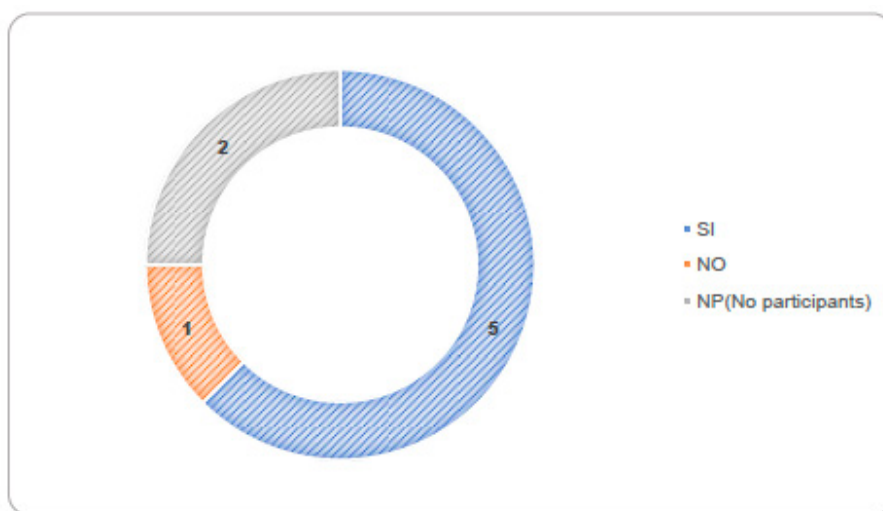
«La polivalència d'infermeria sempre ha estat una grana eina i que ha utilitzat recursos per anar bellugant d'una banda a una altra, sense tenir en compte la seva formació. Jo crec que això s'ha d'acabar... Ja tenim companyes que estan formades en anestèsia i s'han d'ubicar en aquests llocs i ara nosaltres en el nostre hospital, on fins ara no teníem infermeres a dins de quiròfan o en els DIVAS o a l'àrea d'endoscòpies, aquests ja estan definits i treballant en això» (P-6).

Es va plantejar una controvèrsia i dues participants es van abstenir d'aportar la seva vivència, davant la situació que en molts centres la direcció implanta la figura de la infermera que administra anestèsia en aquestes àrees de fora de l'àrea quirúrgica, com si fossin els llocs més segurs (figura 28). Segons P-3, aquest no

és un model que garanteix la seguretat del pacient i que assoleix els estàndards de qualitat, com en altres països.

«A la nostra manera de veure i de la nostra visió i el model de la infermera d'anestèsia, a diferència del que s'està fent i aplicant en molts hospitals, és que s'està introduint aquest rol. O aquest perfil d'infermera d'anestèsia a les visites de preanestèsia i a les sedacions d'endoscòpia. Moltes coneixem la realitat i s'està introduint per aquí. A la nostra manera de veure, en el nostre model de la infermeria, això és un error» (P-3).

Figura 28. Participació i consens respecte de l'augment de la demanda d'actes anestèsics com una causa de l'increment de les infermeres d'anestèsia.



Nota: Elaboració pròpia.

Interès econòmic. Les diferències de sou depenen de la categoria professional i fins a l'actualitat a la infermera no se li ha reconegut el nivell de carrera professional A1, corresponent a la titulació de grau universitari de la qual disposa. Això fa que els sous base i els salaris no siguin equivalents, per la qual cosa pot semblar que disposar d'infermeres amb la formació requerida, però no reconeguda com a especialista, sigui més barat per a les institucions que els metges. Aquest és un debat generat i que les participants veuen com una de les causes de la incorporació d'infermeres en llocs on històricament hi havia hagut un metge, sobretot des del punt de vista de les direccions dels centres.

«La infermera d'anestèsia ocupa un lloc en el tema de les empreses, perquè els interessa econòmicament, perquè és més econòmica una infermera que un anestesista» (P-1).

«Què som més barates? Doncs, mira, sí, per desgràcia sí, som més barates. Per desgràcia vull dir per què fins ara no tenim un grau que tampoc es valora... Sé que heu dit això dels diners... i si és una oportunitat per ficar-nos-hi nosaltres, doncs ens hi fem» (P-8).

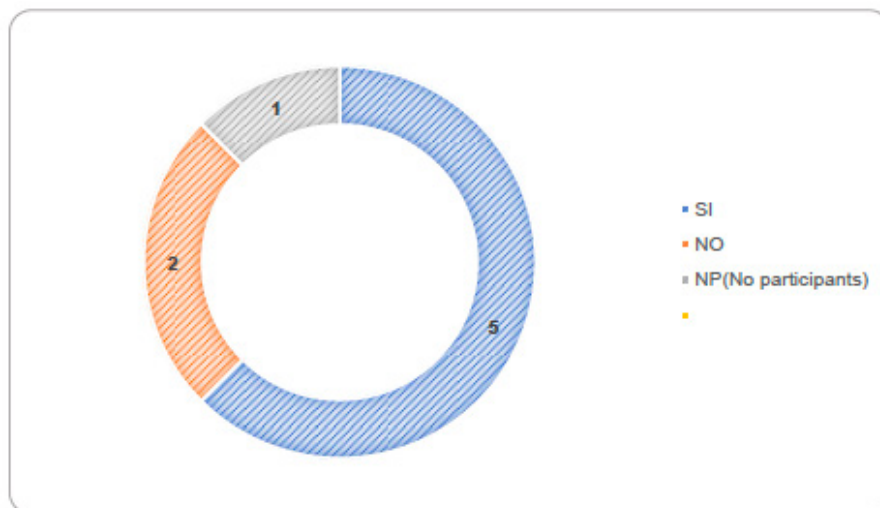
Ara bé, segons les participants, això no ha de ser un fre, no s'ha de caure en aquesta demagògia per defensar el lloc de les infermeres d'anestèsia. En altres països, la diferència existeix igualment i el rol de la infermera en l'equip d'anestèsia està clarament definit i establert (figura 29).

«El tema principal és un tema econòmic, que després això ho hem de fer jugar a favor nostre» (P-4).

«Però és que a la resta del món ja estan actuant així, ja estan treballant amb aquest professional» (P-3).

«Països com França o Bèlgica ens donen mil voltes, no. Això hem de pensar. Per què aquí al costat ho fan tan bé o tan ideal?» (P-2).

Figura 29. Participació i consens envers la influència dels costos econòmics laborals en l'augment de les infermeres d'anestèsia.



Nota: Elaboració pròpia

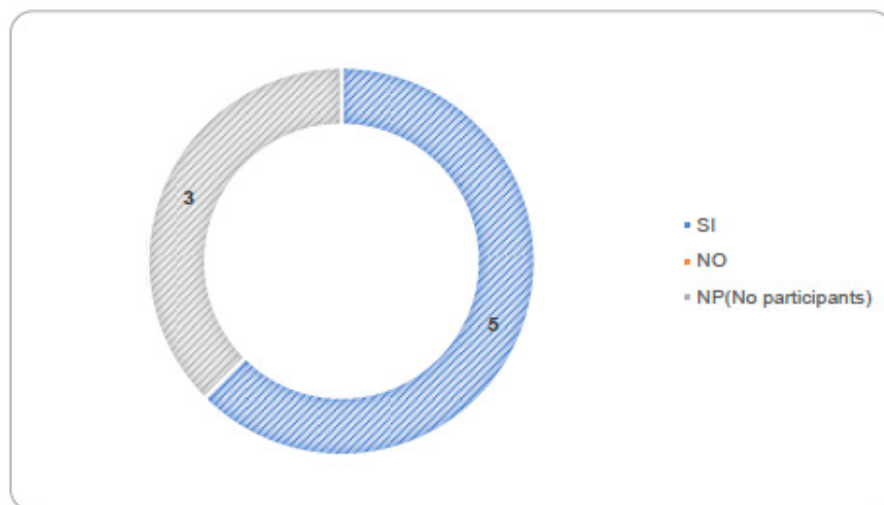
Manca d'anestesiòlegs. Igual que en les altres professions sanitàries, actualment, hi ha una mancança de metges especialistes en anestesiologia, reanimació i terapèutica del dolor. El nombre d'especialistes que surten via MIR anualment no ha crescut exponencialment a les noves àrees que necessiten professionals formats en aquest àmbit. Paral·lelament, i com s'ha comentat abans, cada vegada es demanen més procediments anestèsics per fer proves, cirurgies, procediments analgèsics. Això ha fet que els equips d'anestèsia estiguin en moltes ocasions saturats i fins i tot hagi calgut suspendre cirurgies, amb la implicació que comporta en el sistema de salut, incrementant les llistes d'espera.

«Hi ha moltes cirurgies que s'estan suspenent, molts procediments que s'estan fent sense una adequada sedació per manca d'anestesiòlegs... pels equips, pels serveis d'anestèsia, que és inassumible, és inassumible» (P-3).

Les participants van deixar clar que aquest és un altre gran motiu que ha comportat la demanda i la implementació de les infermeres dins l'equip d'anestèsia. Ara bé, sense voler caure a substituir a ningú. Es volen destacar nous vessants que pot portar la infermera en la cura de la persona en el procés perioperatori. Una part de les participants no van intervenir en aquest àmbit (figura 30).

«Ens hem de vendre a qualsevol lloc i de qualsevol manera, però amb l'exquisidesa de la nostra feina i amb l'acompanyament al malalt durant tot el procés quirúrgic. I això vol dir des que arriba a la consulta de preanestèsia, fins que acaba a la unitat de dolor i quan marxa. Fins i tot a la primària... Penso que és el moment i hem d'aprofitar que falten professionals» (P-8).

Figura 30. *Participants i consens en la relació de manca d'anestesiòlegs i l'augment de les infermeres d'anestèsia.*



Nota: Elaboració pròpia.

Categoria «Propostes de futur»

A partir de les necessitats detectades, les participants van argumentar quines millores i quines actuacions eren necessàries per arribar a la incorporació més àmplia de la infermera d'anestèsia als equips de salut. Un cop feta l'anàlisi, es van detectar 4 codis que van confluïr en aquesta categoria, que estaven interrelacionats entre si i tenien com a referència alguns dels aspectes tractats anteriorment en el grup, com la manca de regulació competencial.

Creixement de la professió. Les participants veuen en la infermera d'anestèsia una professional que tot just es troba en les primeres etapes de la vida el nostre país. Li veuen molt de futur al davant per créixer en nous llocs de treball que es poden incorporar en centres que encara no han introduït aquests professionals, així com en els que sí que tenen algunes infermeres d'anestèsia, però no en tots els àmbits en què poden ser presents. Només una participant no va fer aportacions (figura 31).

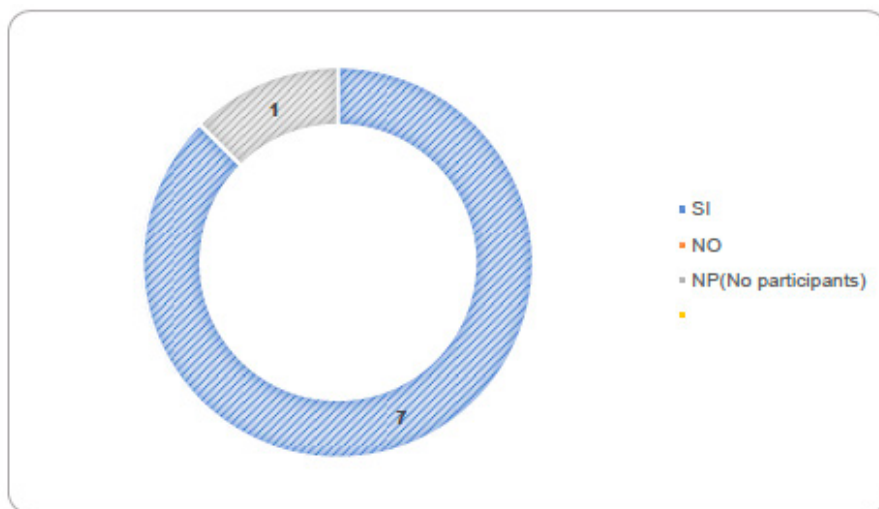
«Penso que la infermera d'anestèsia fa molt bona feina i podria fer-ne encara més. És reconeguda pels pacients i pels nostres companys on treballem» (P-1).

«El futur és prometedor. Des de la meua experiència encara hi ha molt marge de millora» (P-7).

Un altre tema que van pensar que era important va ser el desenvolupament de competències avançades de la pràctica clínica de les infermeres. Malgrat que es veuen com a infermeres de pràctica avançada, cal regular aquesta funció i les seves competències per fer créixer i aprofitar el buit de professionals per trobar el seu lloc en l'àmbit de l'anestèsia, reanimació i tractament del dolor.

«L'hi veig un bon futur. Penso que la necessitat obliga i hem d'aprofitar la necessitat d'anestesiòlegs. Ara som IPA, així és, és el que som i ens hem de fer valdre» (P-8).

Figura 31. Participació i consens respecte al creixement futur de la professió d'infermera d'anestèsia.



Nota: Elaboració pròpia

Especialitat infermera. El títol d'especialitat infermera és el títol oficial d'àmbit estatal que reconeix una àrea de la pràctica infermera. A Espanya ja s'ha explicat que encara ha de recollir totes les especialitats infermeres, i de moment no es preveu incloure la infermera d'anestèsia com una especialitat diferenciada. Aquest és el gran problema, segons les participants, per regular la seva pràctica clínica, si es compara amb altres especialitats.

*«És indispensable especialitzar-nos legalment com ho està la pediatria o la psiquiatria»
(P-1).*

Hi ha consens entre les participants (figura 32) que si arribés el moment de regular les especialitats pendents, voldrien estar emmarcades en una especialitat diferenciada, d'anestèsia, i no veure's incloses en altres, com podria ser la infermera de crítics, ja que es consideren diferents i, per tant, amb una formació i competències diferents, malgrat que en determinades situacions poden estar preparades per cuidar de pacients en estat crític.

«No ens hem de considerar... i jo no em considero infermera de crítics ni d'UCI; soc infermera d'anestèsia, això ho tinc molt clar, tot i que en plena pandèmia hem hagut de portar pacients molt crítics i ens n'hem sortit, però no volem això, no som això... si tinguéssim l'especialitat d'infermeria d'anestèsia... ho resoluria tot.» (P-3).

En relació amb les diferències respecte de les infermeres de cures intensives, P-3 fa una comparació interessant de com elles, sense tenir regulada l'especialitat, fan cures de forma autònoma al pacient, que tothom veu natural, i no hi ha cap reticència per part dels equips. Quan aquestes cures es duen a terme en l'àmbit de l'anestèsia, sorgeixen els problemes de sentiment d'intrusisme i manca d'autonomia.

*«Ningú posa en dubte, ningú, que una infermera de l'UCI porti un pacient d'una complexitat absoluta amb un ECMO, amb quantitat de drogues vasoactives amb un suport vital molt important, llavors porta un pacient, pot portar dos pacients, en funció de la complexitat i en alguns moments pot ser que en aquesta UCI, el metge de MI o uciero, no estigui ni en aquella, ni al servei. I això ningú ho discuteix, ningú ho posa en dubte. En canvi, que una infermera d'anestèsia administri un propofol per ordre d'una ordre mèdica, a més a més protegeixi la via aèria del pacient amb les tècniques que necessiti, amb un Mayo, amb una maniobra amb una tracció mandibular, ventilant-lo amb un Ambu®, posant, jo què sé..., fent la inducció anestèsica amb l'anestèsista... Tot això ha generat tal controvèrsia, sense cap sentit».
(P-3).*

Tal com expliquen P-3 i P-6, es veu imprescindible regular l'especialitat, amb dubtes de si aquesta regulació ha de ser nacional, o bé, donada la lentitud i manca de concreció fins ara, si seria millor buscar les fórmules en les institucions en l'àmbit de Catalunya i els col·legis professionals.

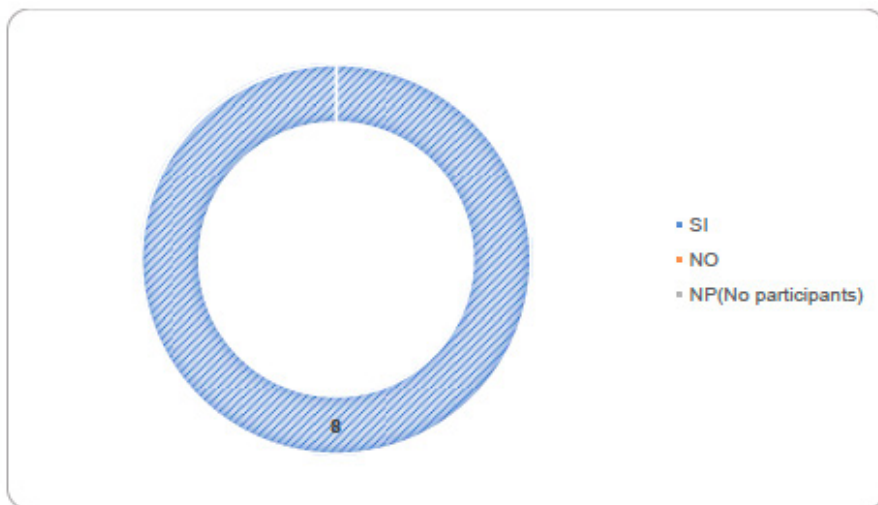
«Ja no sé si ha de ser un moviment des de l'àmbit col·legial, de l'ICS o del Departament de Salut de Catalunya. Ho veig bastant negre des del punt de vista ministerial, del ministeri, el fet de regular l'especialitat» (P-3).

«El fet és que nosaltres ens ho hem de creure i fer que això, doncs, tirar-ho endavant. No sé si des del col·legi, associacions, o altres» (P-6).

P-1 creu que, com que l'especialitat és un repte difícil d'aconseguir, s'hauria de regular la formació de màster i de l'accés, per garantir que les infermeres que es formessin, adquirissin les competències necessàries.

«Mentre no arriba l'especialització, que crec que en aquest país és molt difícil perquè en totes les especialitats ha costat molt, doncs, crec que hauríem de fer que en els màsters es tingui en compte el filtratge i fer un requisit. Si no es pot fer més formació i ha de ser un màster, que tingui una experiència prèvia com a infermera abans de fer anestèsia» (P-1).

Figura 32. Participació i consens envers la possibilitat que la infermera d'anestèsia sigui considerada una especialitat infermera.



Nota: Elaboració pròpia.

Lluita. A partir de la situació actual de les infermeres d'anestèsia al país, les participants es proposen seguir amb una actitud positiva i continuar duent a terme accions encaminades a la millora i reconeixement de la seva especialitat. No obstant això, no totes les participants van fer aportacions al respecte (figura 33).

La lluita proposada va dirigida a definir primer les competències i després a defensar els nous llocs de treball que s'han creat, en els quals és present la infermera d'anestèsia, aprofitant el moment actual de manca de professionals i sense defensar l'avantatge econòmic per a les institucions, conscients de la realitat.

«El discurs ha d'anar dirigit a les competències i a defensar llocs de treball» (P-3).

«Hem de lluitar per a això, per definir el nostre lloc, l'assegurança, l'atenció continuada al pacient, i hem de defugir del cost econòmic» (P-6).

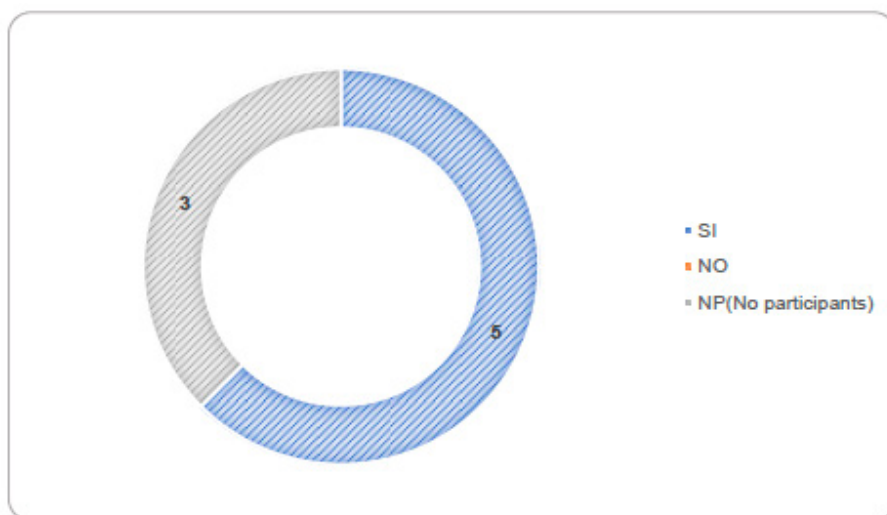
Apareix un sentiment de responsabilitat per part de les participants, i s'encoratgen a ser elles mateixes les que impulsin les accions necessàries per aconseguir el reconeixement, agafant el lideratge i no deixar-se portar per altres professionals.

«Està a les nostres mans. Això som nosaltres» (P-8).

A P-4 la possibilitat de participar en grups de treball li dona impuls i ganes de tirar endavant la lluita en veure altres infermeres que estan fent avenços en la professió.

«Hem de tenir més grups com aquest i definir quines competències tenim i què podem fer... És una injecció d'energia veure que en altres llocs es pot fer i és possible i confio que, veient què fan les companyes a altres centres, que ho poden dur a terme. Ho tirarem endavant» (P-4).

Figura 33. *Participació i consens envers la lluita existent i que queda pel reconeixement de la infermera d'anestèsia.*



Nota: Elaboració pròpia.

Reconeixement Institucional. En els moments en què les debaten sobre el reconeixement com a infermeres d'anestèsia s'estableixen dues vies participants (només una participant no va aportar el seu punt de vista (figura 34):

- El suport de les direccions. Les participants creuen necessària que les gerències i les direccions d'infermeres sàpiguen quines són les funcions i competències de les infermeres d'anestèsia per adequar els llocs de treball i garantir que les infermeres que ocupin aquests llocs assoleixen els criteris necessaris.

«La visibilitat i el coneixement en tots els centres hospitalaris i direccions, gerències direccions mèdiques i direccions infermeres, sobre què fa la infermera d'anestèsia o què pot fer» (P-3).

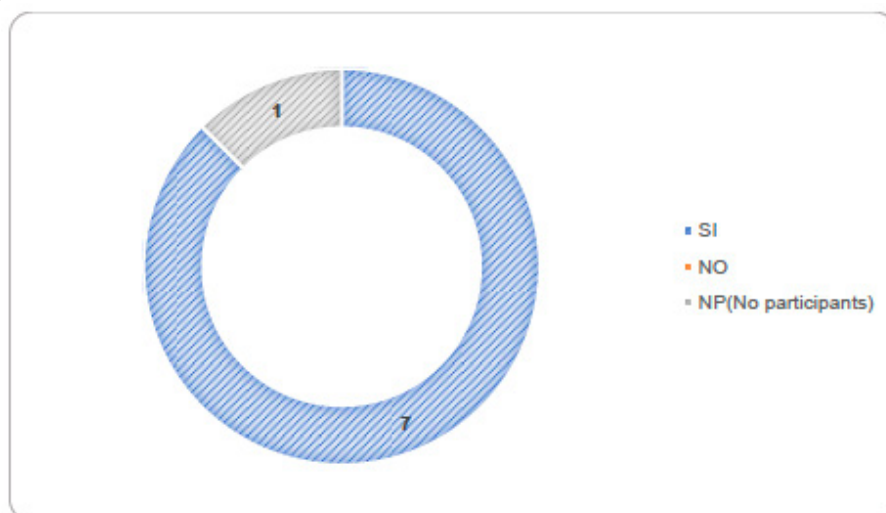
«Són molt importants els equips directius, han de creure en la figura de la infermera d'anestèsia» (P-7).

- El reconeixement legal per part de les institucions responsables de la formació i regulació de les professions sanitàries (Ministeri d'Educació i de Sanitat, col·legis professionals, Departament de Salut).

«El fet que nosaltres ens ho hem de creure i fer que això, doncs... tirar-ho endavant. No sé si des del col·legi, associacions...» (P-6).

«És primordial que es faci un reconeixement de l'especialitat» (P-1).

Figura 34. Participació i consens referent el suport institucional que ha de rebre la infermera d'anestèsia.



Nota: Elaboració pròpia.

MARC COMPETENCIAL ACTUALITZAT DE LES INFERMERES D'ANESTÈSIA DE CATALUNYA

S'han definit 108 competències específiques a través de les set competències transversals de les infermeres d'anestèsia a Catalunya: Experta, Comunicadora, Col·laboradora gestora, Defensora de la salut, Educadora/Docent i Professional (taula 30).

Taula 30. *Distribució final de les competències específiques.*

Competència transversal	N. competències específiques
Experta	68
Comunicadora	5
Col·laboradora	5
Gestora	8
Defensora de la salut	7
Educadora/Docent	8
Professional	7

Les competències específiques incloses en Experta es definiran segons l'àmbit de treball: Anestèsia, Reanimació i Tractament del Dolor. Les altres sis competències es definiran de manera global.

Infermera experta en l'àmbit de l'anestèsia

En aquest apartat s'inclouen les competències de les infermeres d'anestèsia, sense diferenciar l'entorn físic en el qual es duen a terme, ja sigui en l'àrea quirúrgica, com en unitats situades fora de l'àrea quirúrgica: consultes preanestèsiques, àrees de diagnòstic/intervencionisme.

Avaluació preanestèsica

- Dur a terme de forma autònoma les entrevistes preanestèsiques en format presencial/virtual/telefònic.
- Participar en col·laboració amb l'anestesiòleg en la realització d'entrevistes preanestèsiques.
- Avaluar l'estat de salut del pacient: antecedents mèdics, quirúrgics, tractaments farmacològics.
- Dur a terme i avaluar proves preoperatòries.
- Fer la valoració de la via aèria i dels predictors de la via aèria difícil.
- Avaluar el risc anestèsic segons les guies establertes.
- Formular el pla anestèsic previst basat en els coneixements i l'evidència científica.
- Donar informació sobre el pla anestèsic.

- Informar sobre els riscos anestèsics.
- Donar informació sobre les recomanacions preanestèsiques.
- Fer canvis en els tractaments farmacològics crònics sota protocol.
- Ser el nexa d'unió entre els diferents serveis implicats en el problema de salut, i coordinar l'òptima programació de la cirurgia.

Administració i manteniment de l'anestèsia:

- Preparar, seleccionar i administrar els fàrmacs anestèsics segons els coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.
- Preparar i dur a terme els procediments anestèsics d'acord amb els coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.
- Seleccionar, preparar i utilitzar l'equip adequat segons el procediment i segons la situació programada/emergent.
- Utilitzar l'ecografia per a la realització de tècniques invasives (canalització vies, valoracions volum vesical...).
- Estar present durant tot l'acte anestèsic i en el despertar del pacient.
- Analitzar la condició del pacient abans de fer el trasllat a la unitat corresponent i acompanyar-lo durant el trasllat.
- Fer el traspàs de la informació al personal de la unitat de cures del postoperatori.
- Proporcionar suport psicològic als pacients utilitzant habilitats de comunicació.
- Realitzar el registre complet de la informació dels pacients i facilitar una atenció integral.

Participació en les tècniques anestèsiques

- Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia general.
- Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia regional.
- Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de la sedació.
- Administrar sedació sota protocol en els diferents procediments quirúrgics.
- Dur a terme i finalitzar el suport ventilatori en els pacients o col·laborar-hi.

Manteniment de la via aèria

- Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: cànules nasals.
- Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria: mascareta simple i amb reservori.
- Col·laborar amb l'anestesiòleg en la instauració de dispositius de manteniment de la via aèria: mascareta laríngia.
- Col·laborar amb l'anestesiòleg en la instauració de dispositius de manteniment de la via aèria: intubació endotraqueal.
- Col·laborar amb l'anestesiòleg en la instauració de dispositius de manteniment de la via aèria: tècniques d'intubació difícil.

Monitoratge

- Realitzar i vigilar el monitoratge del pacient en un procediment anestèsic.
- Analitzar les dades obtingudes del monitoratge invasiu i no invasiu a través del pensament crític i judici clínic.
- Dur a terme intervencions segons el monitoratge invasiu i no invasiu a través del pensament crític i judici clínic.
- Identificar les prioritats i els paràmetres de seguretat dels pacients, i dur a terme una resposta constructiva en situacions inesperades/emergents.
- Fer el registre de les dades obtingudes del monitoratge.

Suport vital avançat

- Dur a terme accions per mantenir o estabilitzar les condicions dels pacients i proporcionar un correcte suport vital avançat utilitzant els dispositius, fàrmacs i la coordinació amb la resta de membres de l'equip.
- Tenir en compte les habilitats no tècniques (lideratge, treball en equip, consciència situacional, comunicació) en les situacions urgents/emergents.
- Participar en les simulacions com a activitat de formació continuada.
- Mantenir la seva acreditació com a professional i/o instructor/a de suport vital avançat.
- Proporcionar coneixements de suport vital bàsic i avançat a altres professionals de la salut.

Seguretat del pacient

- Prendre les precaucions de seguretat adequades per assegurar l'administració de l'anestèsia.
- Preparar els plans, els fàrmacs anestèsics i els equips segons els estàndards i les llistes de comprovació.
- Fer la comprovació de l'utilatge anestèsic (respirador, monitors, aspiració).
- Realitzar els procediments segons els estàndards recomanats per garantir la higiene i esterilització dels materials.
- Liderar el procediment de la Llista de Verificació de Seguretat Quirúrgica i participar-hi.
- Col·laborar en el desenvolupament de procediments/protocols de l'ús d'equips i fàrmacs.
- Contribuir en la notificació d'incidents de seguretat.
- Mantenir la seva actualització segons les guies davant del risc d'infecció de les organitzacions nacionals.
- Participar en l'adaptació dels estàndards de les guies nacionals als procediments anestèsics.
- Participar en jornades, grups de millora o d'anàlisi d'incidents de seguretat.
- Col·laborar en la prevenció de riscos del pacient i professionals de la salut.

Infermera experta en l'àmbit de la reanimació

En aquest apartat s'inclouen les competències específiques de les infermeres que duen a terme la seva pràctica en unitats de recuperació postanestèsica i unitats de reanimació.

- Ser la professional referent en l'atenció del postoperatori immediat.
- Demostrar coneixements avançats en farmacologia i farmacocinètica de drogues, analgèsics i agents anestèsics.
- Avaluar totes les complicacions postoperatòries immediates en la REA/URPA: respiratòries, neurològiques, hemodinàmiques, nàusees i vòmits.
- Detectar les complicacions postoperatòries en tots els seus àmbits: respiratoris, neurològics, hemodinàmiques, nàusees i vòmits.

- Administrar els fàrmacs pertinents sota protocol o indicació mèdica.
- Realitzar el maneig de les drogues durant el deslletament dels pacients.
- Aplicar protocols del personal de la unitat de recuperació postanestèsica i participar-hi.

Infermera experta en l'àmbit del tractament del dolor

En aquest apartat s'inclouen les competències específiques de les infermeres que duen a terme la seva pràctica en unitats de dolor agut i crònic.

- Ser la professional referent infermer de les unitats de dolor.
- Supervisar els tractaments invasius del control del dolor postoperatori a les unitats hospitalàries.
- Liderar el circuit dels mòduls de les unitats de treball.
- Fer el seguiment i monitoratge dels tractaments aplicats a les unitats de dolor crònic.
- Donar informació als pacients envers els tractaments del dolor i els efectes secundaris.
- Difondre educació sanitària als pacients envers els tractaments del dolor.
- Donar suport emocional als pacients en les unitats de dolor crònic.
- Fer formació als altres professionals en l'àmbit del dolor.

Infermera comunicadora

- Establir una comunicació efectiva establint sinergies amb els pacients, les famílies i l'entorn social.
- Donar suport emocional als pacients i famílies i l'entorn social.
- Mostrar habilitats per mantenir la comprensió, el respecte, l'empatia i la confiança del pacient mantenint la confidencialitat i discreció.
- Mantenir una comunicació eficaç amb els altres membres de l'equip.
- Mostrar habilitats per resoldre els conflictes derivats de les relacions interpersonals.

Infermera col·laboradora

- Col·laborar amb altres membres de l'equip de salut per identificar solucions als problemes de les persones.
- Promoure la cooperació entre els diferents professionals de l'equip de salut i aportar solucions als problemes interpersonals que puguin aparèixer.
- Establir relacions interprofessionals amb altres professionals de l'equip de salut.
- Respectar els rols i les competències dels altres membres de l'equip de salut.
- Promoure el discurs constructiu i les fortaleses entre els membres de l'equip de salut.

Infermera gestora

- Coordinar els professionals implicats en les cures de les infermeres d'anestèsia.
- Organitzar amb anterioritat l'equipament i els materials necessaris.
- Fer el seguiment del manteniment de l'equipament.
- Dissenyar els programes basats en les necessitats dels pacients seguint l'evidència científica i participar-hi.
- Fer avaluacions contínues de la qualitat de productes i tecnologies.
- Fer avaluacions continuades de la qualitat de les cures de les infermeres d'anestèsia
- Participar en les comissions de qualitat.
- Tenir un rol de líder de l'equip en les comissions de seguretat.

Infermera defensora de la salut

- Avaluar l'estat de salut dels pacients.
- Utilitzar les TIC i eines de salut digital en el procés perioperatori.
- Contribuir a la promoció de la salut dels pacients.
- Proporcionar educació de la salut dels pacients, la família i l'entorn social en qualsevol moment del procés perioperatori.
- Afavorir l'apoderament del pacient dins el seu procés.
- Garantir els drets de privacitat i confidencialitats dels pacients.
- Participar en les comissions de seguretat.

Infermera educadora/docent

- Conèixer els estàndards de la formació i la pràctica de la professió, que s'avaluen durant la carrera professional.
- Incorporar a la pràctica tècniques basades en l'evidència, així com les guies i estàndards nacionals actualitzats.
- Demostrar coneixements sobre la regulació professional nacional.
- Participar com a docent en activitats de formació continuada per altres professionals.
- Contribuir a l'educació de professionals i estudiants compartint la seva experiència.
- Incorporar la recerca a la pràctica diària.
- Participar en projectes de recerca.
- Protegir els drets dels pacients que participen en els projectes de recerca.

Infermera professional

- Reconèixer la responsabilitat enfront de la pràctica professional i mantenir un elevat nivell de qualitat en el coneixement, judici i habilitats tecnològiques.
- Proveir les cures d'infermeria d'anestèsia als pacients basades en l'evidència.
- Identificar i promoure les oportunitats per a la contínua millora de la professió.
- Formar part de l'equip d'anestèsia, treballant amb delegació de funcions, respectant les competències i funcions de cada membre de l'equip.
- Utilitzar criteris de qualitat, satisfacció i estudi de costos per fer canvis en la pràctica i la cura del pacient.
- Vetllar pels drets dels pacients segons les seves característiques individuals, culturals, ètniques i religioses, proporcionar-los les cures més adequades i respectar aquestes singularitats.
- Participar en les associacions professionals de l'àmbit territorial.

DISCUSSION

DISCUSSIÓ

Les infermeres d'anestèsia a Catalunya s'han definit com a infermeres amb una formació especialitzada a través de la qual han desenvolupat uns coneixements, habilitats i competències que els permeten participar en les cures en tot l'àmbit de l'anestèsia, cures postoperatories i el control del dolor, de les persones en els diferents moments del procés perioperatori. Aquesta definició està en sintonia amb la qual defineixen l'IFNA (IFNA,2016) i l'ICN (ICN,2021).

Per accedir a la formació de màster, és recomanable tenir una experiència prèvia com a infermeres generalistes. Actualment, en els màsters existents a Catalunya és un requisit tenir el títol d'infermera, però no és necessari acreditar una experiència prèvia a la pràctica clínica. La durada dels programes és d'un curs acadèmic, 60 ECTS, amb una variabilitat entre quatre i set setmanes de pràctica, cosa que queda molt lluny de les recomanacions de l'IFNA, que estableix com a programes acreditats els que duren entre 18 i 24 mesos. La formació pràctica és un dels temes clau de millora dels programes de formació en infermeres d'anestèsia de Catalunya. Això els permetria millorar els coneixements, habilitats i competències en acabar la formació.

Per a l'anàlisi profunda dels resultats, s'utilitzarà el model de les set competències definides per la IFNA (2016)

INFERMERA EXPERTA

De les competències transversals definides per l'IFNA, la competència Experta ha estat la que va generar més controvèrsia i va generar menys consens entre els participants de la investigació. Aquest resultat contrasta amb els d'Herion et al. (2019), segons els quals les competències de Gestora/Líder i Defensora de la salut van ser que les que van obtenir pitjors resultats.

INFERMERA EXPERTA EN L'ÀMBIT DE L'ANESTÈSIA

Avaluació Preanestèsica. En el subdomini d'Avaluació preanestèsica, s'observen diferències respecte a altres autors i que són característiques de la infermera d'anestèsia a Catalunya. Canet (2006) ja va reflectir la participació d'infermeres en l'elaboració de la història a les consultes preanestèsiques. El 2016 el Consorci Sanitari de Catalunya va elaborar una guia per a l'avaluació del preoperatori per part d'infermeres, i el va limitar a aquells pacients que estaven programats per a cirurgia de baixa complexitat⁵. Aquesta guia va ser avalada per l'ACIARTD (Consorci de Salut i Social de Catalunya) el 2016.

Des d'aleshores, s'han implementat consultes preanestèsiques conduïdes per infermeres en diferents centres hospitalaris i en diferents modalitats, virtuals o presencials, en què l'organització anestesiòleg-infermera és variable depenent de cada institució.

No és d'estranyar llavors que la competència de col·laborar en la visita preanestèsica per avaluar l'estat previ de salut dels pacients en referència als seus antecedents, tractaments farmacològics i proves diagnòstiques preoperatories tingui un alt grau de consens entre els experts (93 %). Les infermeres, en aquesta consulta, també donen informació sobre el pla anestèsic, recomanacions preanestèsiques i riscos potencials sobre l'anestèsia. L'elevat consens en aquestes competències impacta directament en la competència central de Defensora de la salut, participant en la promoció i educació de la salut i l'empoderament de les persones.

Com s'ha mencionat anteriorment en aquest apartat, en la investigació realitzada per Herion et al. (2019) a Suïssa, la competència central Defensora de la salut va ser una de les que menys impacte va tenir, sobretot perquè no hi havia una participació generalitzada de la infermera d'anestèsia en les consultes preanestèsiques.

A França, país on la formació com a infermera d'anestèsia està regulada, els resultats són encara més curiosos. Només el 9,59 % de les infermeres d'anestèsia participen en les consultes preanestèsiques. En aquest document queda palès que

⁵ Grau de complexitat I: Procediments menors. Aquells en què l'agressivitat quirúrgica és escassa, té lloc en zones del cos on la probabilitat de sagnia és mínima i, en tot cas, si es produís, seria fàcilment detectable (SCARTD, 2006).

el 71,97 % considera que té els coneixements i les habilitats per col·laborar amb els anestesiològics en les consultes preanestèsiques i que és un dels punts de millora i de regulació futura en el marc de la infermera d'anestèsia a França (SYNA, 2019).

La competència de Gestora/Líder va aparèixer en aquest subdomini i va donar visibilitat al rol de coordinació que tenen les infermeres de la consulta preanestèsica en el marc de la programació de la cirurgia, creant una xarxa de comunicació amb els altres professionals que intervenen en el procés perioperatori i que poden ser clau per a un òptim funcionament del procés. Des de la perspectiva holística que té la infermera quan fa una visita preanestèsica, pot detectar situacions socials o de salut que poden interferir en el desenvolupament del procés quirúrgic, i pot provocar la suspensió de la cirurgia. La coordinació entre tots els membres pot ajudar a millorar l'índex de suspensions i a reduir costos (Doretto et al., 2016; Sanclemente Dalmau et al., 2017).

Es va observar que les infermeres descartaven com a seva la funció de sol·licitar proves complementàries i fer interconsultes o derivacions amb altres professionals de la salut. Aquesta és una premissa que l'ICN reconeix com a funció de la infermera d'anestèsia en el marc d'una IPA. El fet de sol·licitar proves complementàries correspon a una competència lligada al diagnòstic, i aquesta actualment no és una competència infermera (Consell de Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya, 2019). Per salvar aquesta necessitat, s'utilitzen les eines del treball en equip i la delegació de funcions entre professionals, que en moltes ocasions depenen de l'organització de les institucions i de la disposició de les persones, més que d'una regulació, la qual cosa fa que la realitat sigui diferent segons el centre de treball fins i tot en els que tenen una gestió central comuna, com els que pertanyen a l'ICS.

L'obtenció del consentiment informat de l'acte anestèsic també va ser una de les competències eliminades. Aquesta eliminació era esperable, doncs, segons la legislació espanyola, ja que l'obtenció del consentiment informat és competència exclusiva del metge (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2003). Aquest és un debat ètic important que s'ha generat arran de la incorporació de les infermeres en les consultes de preanestèsia. Malgrat que en la legislació s'incorpora la resta de membres de l'equip en la informació i obtenció del consentiment informat, com s'ha dit anteriorment, només el metge té el reconeixement legal per signar-lo i lliurar-lo. Això comporta que fins i tot en aquelles situacions en què la infermera

fa la visita de forma autònoma, sigui virtual o presencial, és absolutament necessari que el consentiment informat per a l'acte anestèsic sigui proporcionat per un anestesiològ. Als EUA el consentiment pot ser proporcionat per les CRNA en acabar d'informar el pacient sobre l'acte anestèsic, ja que es recull com una de les seves competències (American Association of Nurse Anesthesiology [AANA], 2019). Herion et al. (2019) van recollir en la seva investigació que les infermeres d'anestèsia majoritàriament reconeixien també el consentiment informat com a competència autònoma.

Administració i Manteniment de l'Anestèsia. Històricament, a Catalunya la infermera d'anestèsia prepara els fàrmacs, l'equipament i els materials per ajudar els anestesiològs. Aquesta circumstància ha fet que moltes vegades se les hagi considerat ajudants dels anestesiològs i no infermeres amb un rol autònom en el marc de l'anestèsia. Les infermeres d'anestèsia de Catalunya creuen que tenen una formació de grau i postgrau que les capacita per dur a terme unes competències que van més enllà de donar suport als anestesiològs només en situacions que requereixen ajuda. Aquesta situació les porta a pensar que poden ser substituïdes per personal tècnic, com a Alemanya i Turquia, on els assistents d'anestèsia no són infermeres, i no hi estan d'acord (IFNA, 2021b, p. 148 i p. 176). Als EUA, país amb llarga trajectòria de les infermeres d'anestèsia, en l'equip d'anestèsia hi conviuen els anestesiològs, les CRNA i els assistents d'anestèsia. Sense voler comparar, doncs, l'entorn cultural, històric i l'organització de la gestió de la salut, és diferent en aquest país, ja que en els últims anys hi ha una batalla ètica i legal entre anestesiològs i CRNA, per la composició de l'equip d'anestèsia. Sun et al. (2018) va comparar els equips formats per anestesiològs i CRNA versus els formats per anestesiològs i assistents d'anestèsia, tenint en compte la mortalitat, els dies d'estada i el cost econòmic. Els resultats no van tenir diferències significatives i van voler demostrar que eren igual d'efectius.

Les infermeres d'anestèsia de Catalunya tenen clar que el procés anestèsic ha de ser un treball en equip, amb l'equip d'anestèsia, en el qual cadascun dels membres pugui representar el seu propi rol a partir de les competències professionals, i mantenir una relació de respecte i col·laboració. Dels resultats extrets d'aquesta investigació es va observar que les infermeres d'anestèsia creuen que estan capacitades per preparar, seleccionar i administrar els fàrmacs pertinents d'acord amb el seu coneixement, malgrat que la situació de la prescripció infermera a

Espanya no està desenvolupada en aquest àmbit, sense haver-hi, a la data de la finalització d'aquesta tesi, cap guia o protocol existent en aquest àmbit.

Respecte a la participació en els procediments, les infermeres van voler diferenciar el tipus d'anestèsia. En referència a l'anestèsia general i l'anestèsia regional, en van descartar la gestió autònoma i sota protocol per part de les infermeres, i van deixar la seva competència com a rol col·laboratiu. Val a dir que la participació de les infermeres en l'anestèsia regional és semblant en la majoria de països europeus i asiàtics, on adopten un rol més de col·laboració amb l'anestesiòleg i la realització de la part de les infermeres no està regulada (Halakou et al., 2017; Hu et al., 2017; IFNA, 2021b). No és així als EUA, on, per la seva història i organització, les CRNA poden administrar anestèsies regionals (AANA, 2019), ni en la majoria de països del continent africà, en què l'equip d'anestèsia està format majoritàriament per infermeres d'anestèsia, ja que tenen una manca estructural de metges especialistes (IFNA, 2021b; Holtzhausen et al., 2022). A diferència, en els procediments de sedació, les infermeres sí que creuen que poden representar un rol més autònom per administrar la sedació sota protocol. La situació actual de la participació de les infermeres d'anestèsia en el procediment anestèsic no és uniforme en tots els centres assistencials i hi ha diferents realitats segons la gestió del centre, però sobretot depèn de l'organització interna de cada un. Aquesta situació també es presentava a França, on la participació de la infermera d'anestèsia en la inducció anestèsica de l'anestèsia general depenia de la gestió i l'organització. En els hospitals públics, la realització de la infermera de manera autònoma era del 14 %, i es diferenciava també segons si l'hospital era general (a Catalunya equivaldria a un hospital de tercer nivell), que era d'un 20 % o el 8 % en hospitals regionals (a Catalunya equivaldria a un hospital comarcal) (SYNA, 2019).

De la mateixa manera, les participants van determinar com a seva la competència del manteniment del suport ventilatori durant l'acte anestèsic, però diferenciant també el tipus de suport i acceptant la presa de decisions davant la instauració de dispositius no invasius com les cànules nasals i les mascaretes facials amb reservori o sense. No va ser així amb els dispositius més invasius com les mascaretes laríngies o d'intubació endotraqueal, en què les participants van adoptar un rol més de col·laboració. Això difereix de l'enquesta realitzada per la SYNA (2019) a les infermeres d'anestèsia de França, on quasi el 100 % fa la

intubació endotraqueal i la instauració de mascareta laríngia, percentatge que baixa a un 80 % quan es refereix a la utilització de tècniques d'intubació difícil.

El que sí que va quedar reflectit és la importància de la presència de la infermera d'anestèsia durant tot el procediment anestèsic fins al moment del despertar, amb molta importància al sentit de cuidar, eix central de la professió infermera. El concepte de cuidar va estar permanent present en les participants durant tot el procés de la investigació, i van creure que és un fet diferencial que pot aportar la infermera a l'equip d'anestèsia. L'anestèsia és un procés molt tecnificat, que evoluciona constantment. De fet, cada cop més s'hi van incorporant nous equipaments, de manera que es pot caure fàcilment en un procés fred en relació amb el pacient. El fet de cuidar de les infermeres d'anestèsia va lligat a altres competències com la Seguretat del pacient i la competència Defensora de la salut, en la qual vetllen per mantenir la salut i els drets del pacient. Sundqvist i Carlsoon (2014) van definir com «tenir la vida dels pacients a les meves mans» la vivència d'infermeres d'anestèsia de Suècia durant el perioperatori, que va molt en sintonia al que van percebre les participants d'aquesta investigació.

Quan s'acaba el procediment anestèsic, i abans de procedir al trasllat a la unitat corresponent, les infermeres d'anestèsia analitzen l'estat clínic i si permet fer el trasllat amb òptimes condicions de seguretat. En moltes ocasions, la persona encara rep un suport ventilatori, que les infermeres poden finalitzar, però no en el cas d'haver d'aplicar una extubació de manera autònoma, cosa que no és considerada competència infermera, sinó suport als metges anestesiològics. Aquesta difereix dels resultats de França, on el 93,2 % reconeix que aplica l'extubació del pacient indistintament si es fa a la sala d'operacions o a l'àrea de reanimació postoperatoria (SYNA, 2019).

L'acompanyament del pacient durant el trasllat per part de la infermera és considerada una competència prioritària que va establir un consens del 100 % en el mètode Delphi, i que continua amb la importància del traspàs d'informació als altres membres de l'equip de salut de l'àrea en la qual es rebrà el pacient. En els últims anys, s'estan establint circuits i eines, com les llistes de verificació (Haltermann et al., 2019) o SBAR (Situation, Background, Assessment i Recommendation) (Müller et al., 2018) per aportar més seguretat al pacient en un moment tan sensible com és el traspàs d'informació.

La comunicació entre les persones no és un procediment senzill i que necessita la seva pràctica i contínua formació. En els equips de salut té un plus de complexitat, ja que hi intervenen també pacients i família. Malgrat que és una de les fortaleses en habilitats no tècniques que les defineixen com a infermeres que tenen ja per a la seva base del Grau en Infermeria, com en la seva formació de postgrau, també consideren que s'ha de seguir treballant i dedicar programes de formació continuada a enfortir-la.

Perquè el procés anestèsic sigui alguna cosa més que un procés tècnic, van creure necessari que les infermeres d'anestèsia han de preparar-se més en aspectes més transversals com la comunicació i les relacions interpersonals que formen part de la humanització de les cures, coincidint amb els resultats de Goñi Leranoz i Pérez de Albéniz Crespo (2009) . Sillero i Zabalegui (2018) també van detectar una pèrdua de la humanització en les cures infermeres en àmbits en els quals cobrava importància la tecnificació.

Lligat al procés de cuidar de la persona de forma holística, també s'ha de tenir en compte el suport psicològic, tan important en moments de fragilitat, com potser abans i després d'una intervenció quirúrgica, el qual ha d'estar conduït amb unes bones habilitats comunicatives. Les infermeres aquí van denotar consens en el fet que podien ser participants d'aquest suport, i liderar l'acompanyament en aquestes situacions, en la mateixa mesura que Herion et al. (2019).

Enregistrar les cures d'infermeria i totes les accions realitzades als pacients és una competència autònoma infermera, definida tant en la infermera generalista (Consell de Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya, 2019) com en la infermera d'anestèsia (Peix Sagués i Castro Pérez, 2012).

En l'estudi de Juve Udina et al. (2007), el registre infermer es va englobar en la competència de Contribuir a garantir la seguretat i el procés assistencial, tenint en compte els aspectes formals dels registres, utilitzant la història clínica dels pacients de manera correcta.

A França, en el 60,29 % dels casos no hi ha accés a una eina informàtica per fer el registre dels actes anestèsics (SYNA, 2019). A Catalunya l'accés al registre informàtic dels actes anestèsics s'està implementant de forma variable en els centres hospitalaris. Aquesta variabilitat i la incompatibilitat d'alguns programaris dels

centres, ja siguin de gestió pública i privada, fa que la informació de la història clínica i antecedents anestèsics que puguin ser de gran vàlua com la informació (per exemple, d'un cas anterior d'intubació difícil) no estiguin a l'abast de tots els equips de salut.

Monitoratge. La vigilància de la persona i el monitoratge de les seves funcions vitals és una competència que ja s'estableix en la formació de grau a través de la formació durant els quatre anys de l'ensenyament. Depenent del procés de salut de la persona, el monitoratge pot utilitzar diferents paràmetres. En el procés anestèsic s'utilitzen molts tipus de paràmetres per vigilar la persona, alguns dels quals invasius, però cada cop més van apareixent no invasius que aporten la mateixa informació sense augmentar el risc de la persona (Segura Escobar et al., 2020).

Les infermeres d'anestèsia són les que instauren els dispositius que mantindran el monitoratge clínic de la persona, que els permet mantenir la vigilància durant tot el procés i registrar la història clínica. La presència de la infermera d'anestèsia durant tota l'anestèsia li permet analitzar els canvis i identificar de manera prioritària els que poden comportar un risc o un canvi de teràpia. A través del seu judici crític i expert, o amb guies o protocols, les infermeres poden fer intervencions i participar en els canvis que siguin necessaris per mantenir l'estabilitat hemodinàmica i respiratòria.

Aquesta perspectiva del cuidatge infermer de la vigilància i monitoratge de les persones se situa en sintonia amb altres investigacions (Herion et al., 2019; SYNA, 2019), malgrat que en la realitat actual del nostre sistema sanitari no sempre es dona en la mateixa magnitud, ja que la participació de la infermera d'anestèsia en el procés anestèsic varia segons l'àrea hospitalària i el tipus de centre, sense seguir uns criteris establerts. Com s'ha vist en l'enfocament qualitatiu de la investigació, conviuen diferents realitats en el dia a dia de la infermera d'anestèsia i que està relacionada en la gestió i organització del mateix centre. Sí que es va poder observar que la participació de la infermera d'anestèsia en el procés del monitoratge i vigilància intraoperatòries era molt més present en els hospitals privats i alguns de concertats, a diferència dels hospitals de l'ICS, on no existia aquesta figura, i aquesta funció era realitzada sempre per anestesiològics i/o residents d'anestèsia. En els últims tres anys els centres de l'ICS han anat incorporant

la infermera d'anestèsia en àrees com la consulta preanestèsica, exploracions de l'àrea quirúrgica, unitats de dolor agut i de manera incipient a l'àrea quirúrgica (Fundació Institut de Recerca Hospital Universitari Vall d'Hebron, 2022).

Suport Vital Avançat. El suport vital són totes les accions dirigides a prevenir, reconèixer precoçment una situació d'aturada cardiorespiratòria i donar l'alerta. Parlem de suport vital bàsic quan s'utilitzen sistemes de ventilació d'aire ambient i compressions toràciques externes per mantenir la vida. Es considera suport vital avançat quan s'utilitza un desfibril·lador i dispositius de manteniment de la via aèria i la ventilació, així com fàrmacs per a qualsevol de les vies recomanades (endovenosa, endotraqueal o intraòssia) (Consorci Sanitari de Barcelona, 2010).

Les infermeres d'anestèsia, pel seu entorn de treball, considerat d'alt risc, han de tenir la formació i les competències per saber intervenir en un suport vital avançat en qualsevol moment.

Per garantir aquest manteniment de les competències, a Catalunya hi ha el Consell Català de la Ressuscitació, creat el 2003, que va ser homologat pel Consell Europeu de Ressuscitació per formar instructors i professionals. El Consell Català de la Ressuscitació està format per membres de la Societat Catalana d'Anestèsia, Reanimació i Terapèutica del Dolor, Societat Catalana de Cardiologia, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítics i Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (Consell Català de Ressuscitació, 2018).

Les formacions que organitza aquesta institució entorn del suport vital avançat són cursos amb una càrrega bàsicament pràctica, que utilitzen la simulació com a metodologia docent, en què es treballen també habilitats no tècniques com la comunicació i el lideratge en els situacions urgents/emergents. Per tal de garantir un bon nivell competencial, les institucions organitzadores recomanen acreditar-se en aquests cursos cada 2 anys.

Les infermeres d'anestèsia que mantinguin l'acreditació poden formar part de grups d'experts en suport vital avançat dels centres de treball i participar com a docents d'altres professionals.

Seguretat del Pacient. La seguretat del pacient és una competència transversal de tots els membres de l'equip de salut. En l'àmbit de l'anestesiologia agafa un

caire de gran rellevància, ja que el procés perioperatori està marcat per actes mèdics i l'administració de fàrmacs considerats d'alt risc, que poden portar la persona a moments de gran vulnerabilitat. L'OMS ha promogut la cultura de la seguretat del procés quirúrgic des de 2007 amb una especial èmfasi en l'anestèsia a través de la Declaració de Hèlsinki d'acord amb les organitzacions referents en anestèsia: la Societat Europea d'Anestesiologia, la Federació Mundial de Societats d'Anestesiòlegs i el Consell Europeu d'Anestesiòlegs.

En l'àmbit de l'anestèsia s'utilitzen utensilis i equipaments sanitaris que requereixen un manteniment i una revisió diària per garantir la seguretat del pacient. És el cas d'equipaments de monitoratge dels signes vitals, els ventiladors mecànics, els dispositius de la via aèria (laringoscopi, videolaringoscopi, fibroscopi), ecògrafs i neuroestimuladors, i possiblement d'altres que s'aniran incorporant segons els avenços tecnològics que es van duent a terme.

Les infermeres d'anestèsia seleccionen i preparen els dispositius necessaris amb relació als seus coneixements i el seu judici clínic (Herion et al., 2019). Igualment, i seguint les recomanacions per a la seguretat del pacient, abans de l'inici d'una anestèsia han de comprovar el correcte funcionament i l'estat dels dispositius necessaris, tant per al desenvolupament de l'acte anestèsic, com per a la prevenció de possibles esdeveniments adversos (WHO. Patient Safety, 2009).

L'entorn quirúrgic és considerat un lloc d'alt risc en referència a les infeccions nosocomials, ja que es realitzen intervencions que tenen un alt risc d'infecció.

Les infermeres d'anestèsia i tot l'equip d'anestèsia tenen un rol molt important, ja que la seva actuació pot determinar el risc potencial d'una colonització bacteriana.

Per tal de minimitzar aquest risc, es duen a terme els procediments segons els estàndards de seguretat i les guies clíniques recomanades, així són responsables de mantenir-se actualitzades segons l'evidència científica.

A Catalunya, des de 2008, hi ha el Programa VINCat, que fa un seguiment de les infeccions nosocomials dels serveis d'infeccions dels hospitals de Catalunya. Els indicadors d'aquest programa es van modificant segons la prevalença (Calbo Sansebastian et al., 2015). En l'últim informe publicat del 2019, es va incloure la vigilància de diversos processos quirúrgics: cesàries, herniorràfies, colecistectomies, cirurgia de genoll, cirurgia de maluc i cirurgia de còlon i recte. Un altre dels

indicadors en els quals l'equip d'anestèsia té un impacte directe és en el de prevalença de pneumònies nosocomials en els pacients amb ventilació mecànica (Servei Català de la Salut, 2019). A més s'hi inclouen indicadors de processos transversals, com la bacterièmia en catèters vasculars perifèrics i centrals, i catèters urinaris.

La utilització correcta de mesures de seguretat, l'ús adequat dels antibiòtics i el manteniment de la temperatura corporal en cirurgies de llarga durada són mesures proposades pel VINCat que han donat lloc a una disminució important en la taxa d'infeccions nosocomials, en què els membres de l'equip d'anestèsia tenen una implicació directa (Arroyo-Garcia et al., 2022).

Seguint amb els criteris establerts en la Declaració de Hèlsinki en la Seguretat del Pacient en Anestesiologia, les infermeres d'anestèsia van incloure la preparació dels plans anestèsics i fàrmacs així com la revisió i comprovació dels equipaments d'anestèsia abans de la cirurgia com una competència seva. Igualment i seguint la mateixa línia, estaven d'acord en la participació del desplegament de protocols o guies per vetllar per la seguretat del pacient (Brichant, 2010).

Un dels projectes que van sorgir de la Declaració de Hèlsinki en la Seguretat del Pacient en Anestesiologia va ser incorporar el llistat de verificació quirúrgica o checklist en tots els actes quirúrgics. En aquest document s'estableixen tres moments importants en què s'han de verificar uns aspectes decisius per tal de garantir la màxima seguretat del procés i per al pacient: en el moment previ a la inducció anestèsica, després de la inducció i abans de la incisió quirúrgica, i durant o immediatament després de tancar la ferida. En els tres moments del llistat cal la participació dels membres de l'equip d'anestèsia (anestesiòleg i/o infermera d'anestèsia). Les infermeres d'anestèsia participen activament en tot en les fases del procés, fins i tot creuen que poden ser capaces d'assolir-ne el lideratge, assumint un rol més actiu. Aquesta situació contrasta amb un estudi realitzat a Suècia en què les infermeres d'anestèsia creien en la seva majoria que el responsable del llistat era el cirurgià referent, però que en la realitat de la pràctica no assumia aquesta responsabilitat. En aquest mateix estudi només el 0,02 % considerava que era responsabilitat de la infermera d'anestèsia (Rönnberg i Nilsson, 2015).

L'activitat anestèsica fora de l'àrea quirúrgica ha crescut molt en els últims anys i du a terme sobretot sedacions conscients i profundes⁶ en proves diagnòstiques i/o

⁶ Nivell de sedació: tot i que el procés de sedació és un contínuum, es poden definir 4 nivells: Ansiolisi;

teràpèutiques. Aquest increment de l'aplicació d'anestèsia en algunes exploracions ha permès millorar el confort i el dolor de les persones ateses, i també la seguretat del pacient, de manera que ha assolit els criteris establerts per l'OMS per a la pràctica de l'anestèsia (WHO, 2008).

La incorporació d'infermeres d'anestèsia a Catalunya en aquestes àrees fora de l'àrea quirúrgica ha vingut determinada per diferents factors.

Un n'és l'increment de la demanda d'actes anestèsics sobretot en àrees de fora de l'àrea quirúrgica (Castillo et al., 2006; Sabaté et al., 2008). Els avenços en la investigació mèdica han portat a dissenyar nous programes de detecció precoç com el Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte, que han incrementat el nombre de colonoscòpies realitzades anualment. Aquest programa dirigit a les persones majors de 50 anys té com a objectiu detectar casos incipients de càncer de còlon i recte gràcies a una prova de detecció de sang en femta, i en cas positiu, a una colonoscòpia. Els centres participants en aquest programa han de garantir que la colonoscòpia es faci amb anestèsia, per garantir el confort durant tot el temps de la prova (Generalitat de Catalunya, 2011).

Els avenços tecnològics en l'àmbit quirúrgic també han permès dur a terme intervencions de manera menys invasiva amb tècniques endoscòpies, que poden ser realitzades amb anestèsia local i una sedació conscient/profunda.

La manca d'anestesiòlegs per donar servei a les necessitats de la població és un altre factor determinant. Segons l'estudi de Barber Pérez et al. (2010), la ràtio d'anestesiòlegs el 2009 a Catalunya era de 6,5 per 100.000 habitants i es va incrementar el 2021 fins als 16/100.000 (Barber Pérez i González López-Valcárcel, 2022). Les previsions d'aquests mateixos autors estimen que per al 2035 hi haurà un dèficit lleu d'anestesiòlegs a Espanya, però que continuarà sent llunyà d'altres països europeus (Meeusen et al., 2010).

Aquesta manca d'anestesiòlegs s'ha utilitzat en alguns centres per a la incorporació d'altres professionals de la salut per dur a terme tasques concretes relacionades amb l'anestèsia. Aquest és el cas de les sedacions en serveis de fora de l'àrea quirúrgica, en què altres metges especialistes fan sedacions superficials i/o profundes amb la col·laboració d'infermeres, a les quals no es demana necessàriament una formació prèvia en anestèsia (Magraner, 2022). En altres

Sedació conscient/analgèsia; Sedació profunda/analgèsia, i Anestèsia general (ASA, 2019).

centres s'han incorporat infermeres amb formació postgraduada, que sota la supervisió d'un anestesiològ apliquen una sedació superficial/profunda i són les responsables de la vigilància i monitoratge durant tot el procediment (De la Calle et al., 2012).

Les infermeres d'anestèsia creuen que aquest és un model cost-efectiu que aporta seguretat i qualitat al procés anestèsic, en el qual elles poden exercir totes les competències per les quals s'han format.

El tercer punt de consens envers la incorporació d'infermeres als procediments anestèsics va ser l'estalvi econòmic per a les institucions i els sistemes de salut que representa la participació d'infermeres en comptes d'anestesiòlegs. Aquest és un tema de debat altament estudiat als EUA, país on la sanitat és majoritàriament privada i els professionals mèdics cobren per honoraris, moltes vegades per actes concrets, i no tenen un sou fix establert. No és el cas de les CRNA, que majoritàriament són assalariades (Hogan et al., 2010).

No hi ha estudis de cost-efectivitat dels equips d'anestèsia formats per anestesiològs i infermeres d'anestèsia en el nostre país, ja que, com s'ha pogut observar en aquesta tesi, és un procés encara en els seus inicis i no hi ha prou evidència. Sí que és el cas als EUA, on aquests equips i altres models de proveïdors d'anestèsia són una realitat amb un llarg recorregut històric. Els resultats d'aquests estudis són controvertits si hi ha més cost-efectivitat si el proveïdor és una CRNA o un anestesiològ (Hogan et al., 2010; Cintina et al., 2018; Hoyem et al., 2019; Mills et al., 2020) segons qui sigui l'autor de l'estudi. Sí que hi ha unanimitat quan el proveïdor és un equip d'anestèsia format per anestesiològs i CRNA: no només el cost-efectivitat és millor, sinó que la qualitat i la seguretat del pacient s'incrementen.

En aquestes diferències, segons l'origen dels investigadors, destaca la realitzada per Sun (2018) com a part de la Societat Nord-americana d'Anestesiòlegs, en la qual no va trobar diferències significatives en la mortalitat, dies d'estada hospitalària i costos econòmics entre els equips formats per anestesiològs i assistents d'anestèsia (formació en anesthesiologia però no com a infermeres) i anestesiològs i CRNA. El que sí que s'hi evidencia és que s'aconsegueix més seguretat per al pacient, si l'organització depèn d'un equip d'anestèsia, format per anestesiològs i infermeres d'anestèsia, que si només intervé un d'aquests professionals (Smith et al., 2004).

Malgrat que les infermeres d'anestèsia de Catalunya coneixen les diferències de costos econòmics entre elles i els anestesiòlegs, ho veuen com una oportunitat per a elles i per créixer com a professionals, participant en l'equip d'anestèsia, definint l'àmbit i les competències de cada membre de l'equip.

Infermera Experta en l'Àmbit de la Reanimació

Les hores posteriors a un acte anestèsic són les hores en què més risc de complicacions i esdeveniments adversos hi ha, per la qual cosa les persones han d'estar en unitats especials, on la ràtio infermera/pacient és més baixa que en una unitat d'hospitalització habitual. Malgrat els avenços en l'anestesiologia i la cirurgia, continuen apareixent complicacions freqüents com nàusees i vòmits, depressió respiratòria, alteracions hemodinàmiques i complicacions cardíques (Feeley i Macario, 2005).

Es poden trobar dos tipus d'unitats postanestèsiques:

- Les unitats de recuperació postanestèsiques (URPA), que estan situades a prop de les sales d'operacions dins l'àrea quirúrgica, on les persones estan entre 30 minuts i de 5 a 6 hores. Aquestes unitats depenen de l'activitat quirúrgica programada del centre, poden ser tancades en alguna zona horària (principalment la nit) i només reobertes si hi ha alguna intervenció urgent.
- Les unitats de reanimació postquirúrgica, on els pacients poden romandre ingressats durant dies. Aquestes són unitats centrals d'hospitalització que depenen del servei d'anestesiologia del centre. En aquestes unitats s'ofereix assistència durant les 24 hores del dia (Peix Sagués i Castro Pérez, 2012). En alguns centres on no hi ha aquestes unitats, els pacients que necessiten aquestes cures són ingressats a les unitats de cures intensives, on els professionals referents són de l'àmbit de la medicina intensiva.

Les infermeres que estan en aquestes àrees han de tenir un alt coneixement de les tècniques anestèsiques i ser capaces de detectar i avaluar complicacions postoperatòries. En relació amb l'administració dels fàrmacs, han de tenir i demostrar un alt coneixement de farmacologia, però a diferència de França, on el 92 % de les infermeres d'anestèsia afirmen administrar fàrmacs o fer canvis en el tractament del pacient sense la supervisió mèdica, les infermeres d'anestèsia

a Catalunya administren aquests fàrmacs sota protocol institucional o bé per indicació mèdica directa, no de forma autònoma (SYNA, 2019). És també el cas dels pacients en situació de retirada de la ventilació mecànica en què el maneig del weaning és realitzat per les infermeres sota protocol.

Aquesta situació ve determinada també per la legislació existent a Espanya enfront de la manca d'autonomia en la prescripció infermera (Reial decret 1302/2018, pel qual es modifica el Reial decret 954/2015, por el que se regula la indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, 2018).

Les infermeres d'anestèsia són el personal referent en les unitats de cures postoperatòries i intervenen en els protocols d'aquestes unitats, a diferència del que es va observar a Suïssa, on la participació les guies i protocols en aquest àmbit era bastant baixa i no considerada com a significativa (Herion et al., 2019).

La manca d'autonomia de les infermeres també s'observa en el moment de donar l'alta d'un pacient d'aquestes unitats. Les infermeres són les que fan el monitoratge, vigilen el pacient, fan totes les cures necessàries i el judici quan creuen que està estable per ser traslladat a la unitat d'hospitalització, però no tenen la capacitat administrativa i legal de signar l'alta, ja que en aquest sentit depenen dels anestesiològics. Aquesta situació també apareix a França en més del 80 % dels casos, on quasi en un 50 % la signatura de l'alta per part de l'anestesiòleg es fa abans del moment de l'alta, sense necessitat de veure ni avaluar el pacient en aquell mateix instant, sinó deixant-lo al criteri de la infermera d'anestèsia (SYNA, 2019). Aquest sentiment de tenir la capacitat de decidir i preparar el pacient per a l'alta, però de dependre de la signatura del metge anestesiològic, també va sorgir entre les infermeres d'anestèsia, que es consideren «perseguidoras de firmes» (Sanclemente Dalmau, 2017).

Infermera Experta en l'Àmbit del Tractament del Dolor

El dolor és considerat una «experiència sensorial i emocional desagradable associada o semblant a un possible dany tissular» (International Association for the Study of Pain, 2017).

El maneig del dolor ha estat un problema de caràcter universal des de la prehistòria, però no és fins al 1953 que el dolor crònic es deixa de considerar

un símptoma i passa a considerar-se una malaltia. A partir d'aquí es van crear les unitats de dolor als EUA (1960), i posteriorment el 1976 es va inaugurar la primera Unitat de Dolor a Catalunya a l'Hospital Vall d'Hebron. En aquestes unitats multidisciplinàries es tractaven pacients bàsicament amb dolor crònic. El 1988, a Seattle, es crea la primera Unitat de Dolor Agut, formada per un conjunt de professionals de la salut, amb l'objectiu comú de reduir el dolor agut postoperatori (Pérez-Cajaraville, 2006).

Actualment, a Espanya, segons dades de la Societat Espanyola del Dolor, hi ha 200 unitats de dolor en centres públics i 157 en centres privats (Sociedad Española de Dolor, s.d.). La distribució organitzativa de les unitats de dolor varia entre el tractament del dolor crònic per separat del dolor agut, com la integració d'ambdós en la mateixa unitat. El 2011 el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat va establir els criteris per organitzar i gestionar les unitats de dolor, en què es constata la participació de les infermeres, així com la necessitat de formar-les en aquest àmbit (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011).

Les infermeres són les professionals infermeres referents de les unitats de dolor, que supervisen els tractaments invasius i fan els seguiments i monitoratges dels tractaments. Tenen una gran rellevància en la competència de l'educació sanitària dels pacients i la família, l'integren en les cures i en la relació pacient-família-infermera. Això contrasta amb els resultats d'Herion (2019), segons el qual, quan es tracta de la família, els resultats de l'autovaloració competencial de les infermeres d'anestèsia, disminueixen notablement.

En les competències definides no va quedar reflectida la realització per part de la infermera de la unitat de dolor d'intervencions de manera autònoma com la iontoforesi i l'estimulació elèctrica transcutània, seguint la mateixa línia que les definides per ASEEDAR-TD (Peix Sagués i Castro Pérez, 2012). No va ser així segons Goberna et al. (2014), que sí que les definien com a intervencions autònomes de la infermera.

En l'àmbit institucional, les infermeres referents de les unitats han de formar part dels òrgans de dolor dels centres (comitès, comissions) i han d'estar implicades en les formacions a altres professionals de l'equip de salut.

Infermera Comunicadora

La comunicació és una habilitat no tècnica, transversal i que s'utilitza en tots els àmbits de la pràctica clínica. Igual que Herion et al. (2019), aquesta competència va assolir un alt grau de reconeixement en les infermeres participants.

En investigacions prèvies a la incorporació de les infermeres d'anestèsia en àmbits com la consulta preanestèsica, aquesta competència no tenia un gran pes, en comparació amb altres àmbits, com l'atenció primària/domiciliària. Com es pot observar en la investigació de 2009 de Juvé et al. (2009), no apareixen aquests rols i la competència de «Facilitar el procés d'adaptació i afrontament» va obtenir un pes competencial del 5 % en l'àrea quirúrgica i un 9 % en unitats de crítics (en les quals s'inclouen les unitats de recuperació postanestèsica), amb una mitjana en les altres àrees hospitalàries de l'11 %. El mateix va passar en la competència «Contribuir a garantir la seguretat i el procés assistencial», en què es destacava la funció de comunicar.

La mateixa situació va aparèixer en l'estudi de Goñi (2009), en el qual la competència «Relació- Comunicació» va ser la que més dèficit va presentar en l'autoavaluació competencial feta a infermeres d'anestèsia, i que justificaven perquè l'àrea quirúrgica era un entorn tècnic, en el qual molt sovint el pacient està sota els efectes dels fàrmacs. També sostenien que necessitaven més formació en aspectes més adients en comunicació per a aquests entorns.

En els processos de salut, la comunicació eficaç entre els membres de l'equip evidencia que millora els indicadors de seguretat i de qualitat assistencial.

Els errors de comunicació en l'entorn quirúrgic més freqüents tenen a veure amb la temporització, la pèrdua parcial o total d'informació, la manca de definició en l'objectiu, i la no presència d'un dels professionals claus de l'equip (Lingard et al., 2004). Douglas (2021) va observar que pel que fa a les reclamacions per pacients quirúrgics afectats per algun esdeveniment advers, en el 43 % de les ocasions era per un error de comunicació, i en l'11,6 % havien ocorregut múltiples errors de comunicació. La comunicació entre els membres de l'equip quirúrgic ha de mantenir-se en tot moment i fomentar-la amb eines de suport, formacions, sessions de treball (Fischler et al., 2019).

Però més enllà de quan parlem d'un procés de salut, l'objectiu principal, que no s'ha de perdre, és la persona, entenent-la com un tot, amb el seu entorn social i les interaccions personals.

Establir una bona comunicació amb el pacient i la seva família o entorn social, així com donar el suport emocional necessari, és una de les claus d'una bona avaluació preanestèsica, però també del procés quirúrgic i de la seva recuperació postoperatòria (Bierle et al., 2020), i sobretot en aquells pacients més vulnerables com poden ser les persones d'edat avançada (Griffiths et al., 2014).

Infermera Col·laboradora

Com s'ha observat durant la investigació, el rol autònom de la infermera d'anestèsia a Catalunya ha augmentat, sobretot en àrees com l'educació de la salut, però en la legislació existent i l'organització professional i institucional continua tenint un rol clarament col·laboratiu en bona part de la pràctica clínica. No és d'estranyar, llavors, que fos una de les competències amb més consens durant la fase Delphi.

La col·laboració entre els membres de l'equip d'anestèsia, anestesiològics i infermeres d'anestèsia és important i imprescindible, ja que s'ha explicat anteriorment que millora els resultats en seguretat i qualitat assistencial (Fischler et al., 2019; Lingard et al., 2004; Merry i Weller, 2021; Myklebust et al., 2020).

El treball en equip multidisciplinari, com és el d'un equip d'anestèsia, es defineix com un procés dinàmic de dos o més professionals de la salut en què, amb competències i habilitats diferents, comparteixen un o més objectius de salut, i a través de la col·laboració, comunicació i presa de decisions compartides, aporten valor als resultats de les persones ateses (Xyrichis i Ream, 2008). Els aspectes clau per a un bon funcionament d'un equip multidisciplinari comprenen el fet de dissenyar estratègies de comunicació, establir un entorn de suport i un programa de desenvolupament i formació, incloure rols de lideratge i gestió, mantenir i millorar la qualitat assistencial i respectar i comprendre els rols de cadascun dels membres (Nancarrow et al., 2013).

Aquesta última característica preocupava les infermeres d'anestèsia, ja que per la manca de definició de les seves competències, se'ls recriminava de vegades que estaven fent intrusisme professional. Aquest és un tema que la Societat Espanyola

d'Anestesiologia i Reanimació ha anat denunciant en diverses ocasions, sobretot dirigint-se a professionals mèdics de l'àrea d'endoscòpia digestiva (Muñoz, 2022), però també a professionals no mèdics. Ha estat una pràctica molt extensa en el territori espanyol, que concretament metges digestòlegs i/o endoscopistes, la sedació als pacients per realitzar una endoscòpia digestiva fos administrada per una infermera sota la indicació mèdica del primer i sense presència d'un anestesiològ a l'àrea (Campo et al., 2004). En molts casos ambdós professionals feien un curs entre 18 i 50 hores de sedació i via aèria, moltes vegades fets per anestesiològs (López Muñoz et al., 2018). Aquest model s'ha estès també a altres àrees com les d'intervencionisme cardíac (Paneque Sánchez-Toscano, 2014).

És un altre tipus de model que s'ha anat instaurant des del 2000, sobretot en centres hospitalaris concertats i privats de Catalunya, i des del 2021 en centres de l'ICS. En aquestes àrees s'hi han incorporat infermeres amb formació postgraduada en anestèsia, que després d'una formació interna específica administren la sedació i fan el monitoratge i les cures d'un pacient en una sala. El nombre de sales assistides per una infermera d'anestèsia oscil·la entre 2-3, i en la unitat sempre hi ha mínim un anestesiològ responsable i accessible per a qualsevol incidència. En la majoria dels casos els pacients que atenen les infermeres són de baix risc anestèsic (ASA I- II).

Aquest últim model, semblant al que es practica a França (2019), és el que reclamen les infermeres d'anestèsia, ja que els permet mantenir el seu rol autònom en l'equip d'anestèsia.

Infermera Gestora

En el domini corresponent a Gestora, s'integren competències corresponents a l'autogestió en la pràctica, a la gestió de recursos i al lideratge professional.

No sorprèn, llavors, que fos una de les competències que menys valor obtingués de mitjana (85,71 %), coincidint amb altres autors com Halakou et al. (2017) d'Iran i Herion et al. (2019) de Suïssa.

El rol autònom no està del tot exercit en la pràctica de la infermera d'anestèsia, i una gran part de les intervencions pertanyen al rol col·laborador en la mateixa manera que a la Xina (Fang et al., 2021). Les aportacions de les participants, en referència a la dificultat de lideratge infermer, coincideixen amb De Lima Trindade

et al. (2011) en la manca d'autonomia, la manca de suport institucional, l'alta rotació de les infermeres sense tenir en compte l'expertesa i el poc reconeixement de la professió.

Aquesta situació està en un procés de canvi i millora continu, en què les infermeres d'anestèsia senten la necessitat de defensar el seu reconeixement i lluitar-hi.

La gestió i lideratge és una competència establerta en l'IDREPA-CAT que defineix les infermeres com a IPA. En els resultats d'aquest estudi també es va observar que aquest domini competencial era un dels que menys valor es trobava, per sota de Planificació experta o Atenció integral, només per sobre de Recerca i Pràctica basada en l'evidència (Gutiérrez Martí et al., 2019)

En els últims anys i després de la pandèmia viscuda de la COVID-19, s'ha parlat molt del lideratge infermer. Les primeres a qui s'ha de convèncer que tenen la capacitat de lideratge són les mateixes infermeres, perquè tenim en moltes ocasions un problema d'autoreconeixement (Mompert, 2021; Sanclemente Dalmau, 2017). En segon cas s'ha de demostrar a polítics i institucions que la base d'un sistema de salut s'ha de fonamentar en les cures infermeres, i que s'han de tenir en compte les necessitats de la població actual. Incorporar infermeres a llocs de decisió pot aportar expertesa en l'acompanyament, l'empoderament de les persones, educació i prevenció de salut, i visió holística (Mompert, 2021).

Infermera Defensora de la Salut

El concepte de defensora de la salut integra l'educació per a la salut que fan les infermeres a pacients i família, així com les aportacions a la promoció de la salut. És una competència que s'emmarca en el rol de consultor que adquireix l'IPA (Gutiérrez Martí et al., 2019).

La promoció de la salut ha estat associada històricament a una competència transversal infermera, sobretot en àmbits com l'atenció primària, salut laboral, salut sexual, considerant l'entorn quirúrgicoanestèsic com un àmbit amb poques oportunitats per fer accions en aquest camí. També va associada directament a uns dels dominis de l'IPA (Gutiérrez Martí et al., 2019; Sastre Fullana, 2016).

En estudis similars d'altres països es va observar que assolia valors inferiors de consens que altres competències, com l'Experta o Col·laboradora (Fang et al., 2021; Herion et al., 2019). No és el cas d'aquesta investigació, en què les infermeres van donar molta importància a aquesta competència (90,6 %) per sobre de la d'Experta.

Una possible causa és la participació de les infermeres d'anestèsia a Catalunya en les consultes preanestèsiques i, concretament en l'última dècada, en els programes de prehabilitació multimodal o Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®). Els programes ERAS® van tenir els seus inicis a Dinamarca en cirurgies de colon amb Henrik Kehlet el 1995. El seu objectiu era, i continua sent en l'actualitat, que el pacient tingués igual o millor funcionalitat després d'una cirurgia. El mètode és reduir l'estrès metabòlic per l'agressió de la cirurgia i aconseguir un temps curt de recuperació, disminuint l'estada hospitalària, amb la consegüent reducció de possibles efectes iatrogènics i el cost econòmic (Ljungqvist i Hubner, 2018). L'ERAS® Society estableix tres grups de professionals essencials per a l'aplicació d'aquest programa: infermeres, anestesiològics i cirurgians, però no tanca la porta a la col·laboració d'altres com nutricionistes, psicòlegs, fisioterapeutes, etc. Actualment, formen part d'aquest programa algunes cirurgies abdominals, toràciques, cardiovasculars i de traumatologia (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal, 2013).

En una scoping review entre 2010 i 2018, Mendes et al. (2018) van observar que les principals intervencions infermeres en els programes ERAS eren la realització de guies clíniques, les cures infermeres, l'educació del pacient, la preparació i empoderament del pacient per l'alta, i el seguiment i acompanyament el pacient durant tot el procés fins a la incorporació al domicili.

En la investigació de Goñi (2009) es va detectar un dèficit important en les infermeres d'anestèsia respecte a l'educació per a la salut i demanava que es formessin i reforcessin aquesta competència, amb la creació d'algunes eines i intervencions (visita postanestèsica) per poder oferir més contacte i comunicació entre infermeres i pacients.

Infermera Educadora/Docent

Les infermeres d'anestèsia de Catalunya tenen molt interioritzada la necessitat de formar-se contínuament. És una demanda que fan en les seves institucions, i malgrat que en alguns moments la sobrecàrrega assistencial les sobrepassi, intenten estar al dia dels coneixements i habilitats.

En la mateixa vessant que altres investigacions, les infermeres d'anestèsia participen en la formació dels estudiants dels programes d'infermeria d'anestèsia, ja sigui en el seguiment de les pràctiques, com en les assignatures teòriques. Creuen que el vincle entre la pràctica i la universitat no s'ha de perdre, i que és molt enriquidor per als alumnes i per als mateixos professionals (Halakou et al., 2017; Herion et al., 2019).

Igualment per la seva experiència i coneixement profund de temes relacionats amb l'anestèsia, són referents de formació per a altres companys de l'equip de salut, i imparteixen i organitzen cursos de formació continuada.

L'ètica i la confidencialitat de les dades així com el fet de garantir els drets de les persones s'inclouen en aquest domini, encara que també formen part del concepte de Defensora de la salut.

Amb relació a la participació en projectes de recerca i incorporar-ho a la pràctica, malgrat assolir els criteris de consens, va ser un dels indicadors amb menys puntuació al domini. Aquesta tendència s'observa en la majoria d'investigacions d'infermeres d'anestèsia o IPA (Gutiérrez Martí et al., 2019; Halakou et al., 2017; Herion et al., 2019), en què hi ha dificultats per part de les infermeres per realitzar i/o implementar la recerca en el seu àmbit de treball. També coincideix en les realitzades en infermeres generalistes, en què la manca de temps, la dificultat a implementar noves troballes en la pràctica i la manca de col·laboració entre els diferents professionals, fa que la percepció de la recerca com una competència infermera no millori substancialment (Guadarrama Ortega, 2016).

Infermera Professional

Aquesta competència va molt lligada a la d'Educadora, ja que la infermera d'anestèsia té la responsabilitat de proveir de cures basades en l'evidència a través del coneixement i judici clínic que va adquirint amb l'experiència i la formació continuada.

En els equips de treball de salut, i concretament en el d'anestèsia, la delegació de funcions d'un professional a un altre és una situació freqüent. La Llei d'ordenació de professions sanitàries (LOPS) (2003) va establir que dins d'un equip es poden delegar funcions, sempre que estiguin establertes quines i en quin moment es poden realitzar. També incloua que, per poder delegar, l'altre professional ha de tenir la capacitat per fer-ho, entenent la capacitat com una acreditació.

Molts dels equips d'anestèsia s'emparen en aquesta llei per dur a terme la seva pràctica, i les infermeres d'anestèsia s'hi senten còmodes, però necessiten més concreció: definició de rols, reconeixement per part de les institucions, etc.

L'evidència que es va publicant en aquest sentit reforça la teoria que el treball en equip, sota la delegació de funcions, millora els indicadors de qualitat i seguretat (Monera Lucas et al., 2022; Rodríguez Vall-Llovera et al., 2020).

La participació de les infermeres en organismes institucionals, professionals i polítics és escassa. En els últims anys els col·lectius infermers treballen per visibilitzar les infermeres i situar-se en òrgans institucionals amb capacitat de direcció i que donin veu al col·lectiu infermer.

En l'àmbit de l'anestèsia, a Catalunya existeix des de 2014 l'ACIARTD. Actualment, té 65 associats, que correspon a una petita part del col·lectiu d'infermeres d'anestèsia, tenint en compte la gran quantitat de llocs de treball existents en el territori.

Des del 2021 des del COIB ha emergit el Grup d'Infermeria d'Anestèsia, amb l'objectiu de visibilitzar la pràctica de la infermera d'anestèsia i definir-ne les competències (COIB, 2019).

FORTALESES I LIMITACIONS DE L'ESTUDI

FORTALESES I LIMITACIONS DE L'ESTUDI

FORTALESES

- La fase Delphi es va poder fer en el període establert com a recomanat segons la bibliografia, sense haver-hi hagut pèrdues de participants, de manera que va ser un grup fort durant les rondes successives.
- Anteriorment, s'havien publicat estudis envers les competències en què els investigadors no eren infermeres d'anestèsia. Aquest és el primer estudi en què la investigació ha estat duta a terme per infermeres, i s'ha donat la veu a les infermeres d'anestèsia, d'així que s'ha garantit que les competències d'una professió estiguin definides pels mateixos professionals.

LIMITACIONS

- L'aproximació als professionals no va ser fàcil, i segur que no es va comptar amb centres en els quals hi havia una infermera d'anestèsia experta a causa de la poca visibilització de la presència d'infermeres d'anestèsia als centres i la dificultat de comunicació amb alguns centres, i que potser podia haver aportat informació a la investigació. No obstant això, s'ha de tenir en compte que actualment hi ha 65 infermeres associades a l'ACIARTD, i en la investigació n'han col·laborat 23.
- Només es va poder fer un grup focal, a causa de la baixa resposta obtinguda. En les investigacions següents es poden tenir en compte altres mitjans, com les xarxes socials, per poder arribar a més participants. L'ús de les xarxes socials s'ha generalitzat en els últims dos anys com una porta d'accés a possibles participants i poden ser útils, sempre que es tinguin en compte de manera molt estricta els criteris establerts en la investigació.
- Les competències s'han de revisar constantment, i més en contextos com la infermera d'anestèsia, que està en creixement continu i exponencial. Per

això, pot ser que en el moment de la lectura d'aquesta tesi, hi ha pogut haver algun petit canvi o avenç.

FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

En primer lloc, es podria plantejar una investigació de disseny transversal per poder fer una fotografia actualitzada de les infermeres d'anestèsia en tots els centres sanitaris de Catalunya. Aquest estudi permetria veure objectivament la quantitat, les característiques i les diferents àrees de participació de la infermera en el procés anestèsic.

Un altre projecte de futur seria definir, a través dels instruments validats com l'IDREPA-CAT, quines infermeres d'anestèsia es poden considerar de pràctica avançada.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

- Les competències transversals de les infermeres d'anestèsia a Catalunya són set: Experta, Comunicadora, Col·laboradora, Gestora, Defensora de la salut, Educadora/Docent i Professional.
- La comunicació i l'educació de la salut envers els pacients i la família són pilars clau en les cures de la infermera d'anestèsia en tots els àmbits, però especialment en les consultes preanestèsiques i les unitats de dolor.
- En el context de l'administració de l'anestèsia i altres intervencions, és necessari la realització de protocols i guies de l'equip d'anestèsia, que permeti que cada membre de l'equip desenvolupi les competències adquirides, aportant més seguretat i qualitat al procés anestèsic.
- Les competències de les infermeres d'anestèsia es situen en sintonia amb el marc competencial definit per la IFNA, a excepció d'intervencions concretes com la gestió del consentiment informat, la prescripció i administració d'anestèsia de forma autònoma.
- Les competències transversals de Comunicadora, Col·laboradora, Gestora, Defensora de la salut, Educadora/Docent i Professional estan presents en les infermeres d'anestèsia de Catalunya de la mateixa manera que són definides per l'IFNA.
- Les competències definides de la infermera d'anestèsia a Catalunya coincideixen majoritàriament amb les d'una IPA. No obstant això, i malgrat que l'ICN defineix les infermeres d'anestèsia com a IPA, s'ha de tenir en compte la pràctica individual, per la qual cosa no s'ha de generalitzar aquest concepte a totes les infermeres d'anestèsia de l'àmbit.
- L'augment dels actes anestèsics fruit d'una demanda social, la manca d'anestesiòlegs i la diferència de cost econòmic entre els sous dels anestesiòlegs i infermeres ha estat un fet clau per a l'augment de llocs de treball ocupats per infermeres d'anestèsia a Catalunya.

- El model d'equip d'anestèsia utilitzat a altres països europeus, en el qual es parteix d'un treball en equip amb delegació de funcions, i amb el respecte i reconeixement de les competències de cada membre, és el que prefereixen les infermeres d'anestèsia.
- Els organismes col·legials i institucionals han de reconèixer la infermera d'anestèsia com una infermera experta i consensuar-ne el marc competencial segons la seva formació i capacitació, que han de definir els estàndards mundials i s'ha d'unificar per a tot el territori de Catalunya.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- American Association of Nurse Anesthesiology. (2019). *Standards for Nurse Anesthesia Practice*. [https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-\(all\)/professional-practice-manual/standards-for-nurse-anesthesia-practice.pdf?sfvrsn=e00049b1_20](https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/professional-practice-manual/standards-for-nurse-anesthesia-practice.pdf?sfvrsn=e00049b1_20)
- American Society of Anesthesiologists. (2019). *Continuum of Depth of Sedation: Definition of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia*. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia>
- Amezcuca, M. (2016). 12 Reglas de oro para conducir un grupo focal. *Index de Enfermería*, 25(4), 282-282.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promo International*, 11(1), 8-11.
- Arroyo-García, N., Badía, J. M., Vázquez, A., Pera, M., Parés, D., Limón, E., Almendral, A., Piriz, M., Díez, C., Fraccalvieri, D., López-Contreras, J., i Pujol, M. (2022). An interventional nationwide surveillance program lowers postoperative infection rates in elective colorectal surgery. A cohort study (2008–2019). *International Journal of Surgery*, 102(March). <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2022.106611>
- Aseedar-td. (s.d.). *Cursos, congresos y jornadas | Aseedar-TD*. Recuperat 25 febrer 2021, de <http://www.aseedar-td.org/cursos>
- Barber Pérez, P. i González López-Valcárcel, B. (2022). *Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V2.pdf
- Barber Pérez, P., González López-Valcárcel, B., i Suárez Vega, R. (2010). *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España*. <https://www.sanidad.gob.es>

profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf

- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería*. Grijalbo.
- Bierle, D. M., Raslau, D., Regan, D. W., Sundsted, K. K., i Mauck, K. F. (2020). Preoperative Evaluation Before Noncardiac Surgery. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(4), 807-822. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.04.029>
- Bradshaw, A. (1997). Defining 'competency' nursing. (Part I): a policy review. *Journal of clinical nursing*, 6(5), 347-354
- Brichant, J. F. (2010). The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Acta anaesthesiologica Belgica*, 61(2), 49. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e32833b1adf>
- CaberoAlmenara, J., i InfanteMoro, A. (2014). Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. *Edutec*, 48, 1-16, 1-16. https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3D%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation_for_view=33SfwF8AAAAJ:4hFrxcac9AC&hl=es&oi=p
- Cabo Salvador, J. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Centro de Estudios Financieros.
- Cabrera Pérez, L., i Rosales Gonzalez, C. (2017). Aplicación de una metodología mixta en un estudio Delphi sobre calidad educativa en enseñanza secundaria obligatoria. *Campo Abierto*, 36(1), 65-81.
- Calbo Sansebastian, E., Dorca Badia, E., Freixas Sala, N., Pujol Rojo, M., Sallés Creus, M., i Vallès Daunís, Jordi. (2015). *Programa de vigilancia de les infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya (programa VINCat). Document de competències dels equips de control d'infeccions*.
- de la Calle, J. L., Abejon, D., Cid, J., Del Pozo, C., Insausti, J., i López, E. (2012). Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, 19(3), 166-167.
- Campo, R., Brullet, E., Junquera, F., Puig-Diví, V., Vergara, M., Calvet, X., Marco, J., Chuecos, M., Sánchez, A., Alcázar, A., Ruiz, M., i Real, J. (2004).

- Sedación en la endoscopia digestiva. Resultados de una encuesta hospitalaria en Cataluña. *Gastroenterología y hepatología*, 27(9), 503-507.
- Canet, J., Gomar, C., Castro, A., i Montero, A. (2006). Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 337-345.
- Canet, J. i Monedero, P. (2007). Enfermería de Anestesia en España: Una verdad incómoda o la caja de los truenos? *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 54(5), 265-267.
- Carney, M. (2016). Regulation of advanced nurse practice: Its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 105-114. <https://doi.org/10.1111/jonm.12278>
- Castillo, J., Santiveri, X., Linares, M. J., Pelegrí, D., Sabaté, S., i Canet, J. (2006). Ambulatory anesthesia in Catalonia, Spain. *Medicina Clinica*, 126(SUPPL.2), 57-61. <https://doi.org/10.1157/13088803>
- Catalunya. Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). (Portal Jurídic de Catalunya [en línia]). <<https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/12/14/196>>.
- Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C., i Ramis, M. A. (2010). A Delphi study to validate an Advanced Practice Nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2320-2330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05367.x>
- Chen, H. T. (2006). A Theory-Driven Evaluation Perspective on Mixed Methods Research. *Research in the schools*, 13(1), 75-83. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.564.6060&rep=rep1&type=pdf>
- Cintina, I., Hogan, P. F., Schroeder, C., Simonson, B. E., i Quraishi, J. A. (2018). Cost Effectiveness of Anesthesia Providers and Implications of Scope of Practice in a Medicare Population. *Nursing Economics*, 36(2), 67-73.
- COIB. (2019). *Grup Infermeria d'anestèsia*. <https://www.coib.cat/ca-es/el-col-legi-com-ens-organitzem/grups-de-treball/grup-infermeria-anestesia.html>

- Colectivo IOE. (2010). Para que sirve el grupo de discusion? Una revision critica del uso de tecnicas grupales en los estudios sobre migraciones. *Empiria: Revista de Metodologia de Ciencias Sociales*, 19, 73-99.
- Comellas Oliva, M. (2016). *La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán. Avanzando en la disciplina enfermera* [Universitat de Barcelona]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/380905>
- Comitè de Bioètica de Catalunya. (2003). Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. En *Scientia*. Direcció General de Recursos Sanitaris. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2207>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2019). *Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada*. http://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Directrices para las Enfermeras Anestestistas | ICN - International Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-consejo-internacional-de-enfermeras-lanza-directrices-para-las-enfermeras-anestestistas>
- Consell Català de Ressuscitació. (2018). *Consell Català de Ressuscitació*. <https://ccr.cat/es/consell-catala-de-ressuscitacio/>
- Consell de Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya. (2002). *Competències de la professió infermera*. <https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/1997-Competencies-de-la-professi%C3%B3-dinfermeria.-Edici%C3%B3-2002-1.pdf>
- Consorci de Salut i Social de Catalunya. (2016). *Realització de l'avaluació preoperatòria de pacients candidats a cirurgia de complexitat grau I, per la infermera*. http://www.consorci.org/media/upload/arxius/agenda/Material_Jornades/Jornada_Infermeria/lilibret-preanestesia-CAT.pdf
- Consorci Sanitari de Barcelona. (2010). *Protocols, codis d'activació i circuits d'atenció urgent a Barcelona ciutat* (Vol. 2, Número 1). https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/I/infant_de_miocardi/recursos-prof/malaltambaturadacardiorespiratoria.pdf

- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). I. SAGE Publications.
- Critcher, C., i Gladstone, B. (1998). Utilizing the Delphi technique in policy discussion: a case study of a privatized utility in Britain. *Public Administration*, 76(3), 431-449. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00110>
- Curry, L. A., Krumholz, H. M., O'cathain, A., Clark, V. L. P., Cherlin, E., i Bradley, E. H. (2013). Mixed Methods in Biomedical and Health Services Research Primer on Statistical Interpretation or Methods. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 6, 119-123. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967885>
- Delamaire, M., i Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Publishing*, 54. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Denzin, N. K., i Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Décret n°88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation. Légifrance.(1988). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006703406/1988-09-01
- DECRET 196 / 2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Portal Jurídic de Catalunya, 1 (2010). <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/12/14/196>
- Departament de Salut. (2021). *Pla de Salut de Catalunya 2021-2025*. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas. (2019). *Global Sustainable Development Report*. <https://sdgs.un.org/es/goals>
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD de 15 de juny de 2016, de desenvolupament de les directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió d'infermera de la demanda establertes en virtut de l'Acord del mateix consell adoptat en la sessió plenària de 19 de juny de 2013, Pub. Núm. 7153 - 1.7.2016. Diari Oficial de la

- Generalitat de Catalunya (2016) <https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/11/2016-DOGC-1.7.16-Acord-Consell-Plenari-regulaci%C3%B3-GID.pdf>
- Doretto, P., Gómez Rojas, R., Muñoz Falcón, L., Sanclemente Dalmau, M., i Álvarez del Castillo, M. (2016). Outpatient flow optimization - The redesign and implementation of non face-to-face flow systems. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 306. <https://doi.org/10.5334/ijic.2854>
- Douglas, R. N., Stephens, L. S., Posner, K. L., Davies, J. M., Mincer, S. L., Burden, A. R., i Domino, K. B. (2021). Communication failures contributing to patient injury in anaesthesia malpractice claims☆. *British Journal of Anaesthesia*, 127(3), 470-478. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.05.030>
- Dreyfus, S. E. (1980). *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition*. <https://www.researchgate.net/publication/235125013>
- Espanya. Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. (BOE [en línia]). <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-7354-consolidado.pdf>>.
- Espanya. Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la «Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Heridas». (BOE [en línia], núm. 286). <<https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/05/1>>.
- Espanya. Resolución de 30 de junio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se validan las Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Hipertensión, y la de: Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. (BOE [en línia], núm. 160). <<https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/05/1>>.
- Espanya. Resolución de 8 de julio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/os enfermeras/os: Quemaduras.(BOE [en línia], núm. 171) . <<https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/05/1>>.

- Espanya. Resolución de 22 de diciembre de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de Ostomías., Pub.L-No.23740, Boletín Oficial del Estado 190562 (2022). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-23740
- Espanya. Real decreto 1302/2018, por el que se modifica el Real decreto 954/2015, 102636. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-14474>
- Espanya. Real decreto 239/2015, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, 64237.
- Espanya. Real decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano ñor parte de los enfermeros.
- Fabrellas, N., Vidal, A., Amat, G., Lejardi, Y., del Puig Deulofeu, M., i Buendia, C. (2011). Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *Joyrnal of Advanced Nursing*, 67(8), 1811-1816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011>
- Fang, Y. L., Huang, H. H., Jiang, S., Li, J., Cheng, B. W., Tsao, C. H., i Ho, A. C. Y. (2021). Nurse anesthetist training Center on IFNA standards in Mainland China. *Nurse Education Today*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104775>
- Feeley, T. W., i Macario, A. (2005). Unidad de reanimación postanestésica. En Elsevier (ed.), *Miller Anestesia* (6a, p. 2710).
- Fischler, M., Cardin, J. L., Faucon, T., i Adam, R. (2019). Presence of anesthesiologists and nurses in the operating room: Liability of surgeons and health care facilities. *Journal of Visceral Surgery*, 156, S15-S20. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2019.05.008>
- Frank JR, Snell L., Sherbino J., editors. (2015). CanMEDs 2015 Physician Competency Framework. En *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/resources/publications>

- Fundació Institut de Recerca Hospital Universitari Vall d'Hebron. (2022). *Posem en marxa una unitat per al tractament del dolor agut*. <https://www.vallhebron.com/actualitat/noticies/posem-en-marxa-una-unitat-al-tractament-del-dolor-agut>
- Galbany-Estragués, P., Subirana Casacuberta, M., Casas Baroy, J. C., Ramón Aribau, A., i Millán Martínez, P. (2022). *Projeccions de la població infermera a l'horitzó de 2030*.
- García Calvente e, M. M., i Mateo Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78485-x](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78485-x)
- Geli i Fàbrega, M. (2010). *El sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut* (Servei Cat).
- Generalitat de Catalunya. (2011). *Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte*. https://ico.gencat.cat/ca/el-cancer/programes_de_deteccio_precoc/programa_de_deteccio_precoc_de_cancer_de_colon/
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Goberna Iglesias, M. J., Mayo Moldes, M., i Lojo Vicente, V. (2014). Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 21(1), 50-58.
- Goñi Leranoz, E., i Perez de Albeniz Crespo, M. (2009). Autoevaluación de competencias por las enfermeras de Anestesiología. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 56(3), 147-162. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19408781>
- Griffiths, R., Beech, F., Brown, A., Dhesi, J., Foo, I., Goodall, J., Harrop-Griffiths, W., Jameson, J., Love, N., Pappenheim, K., i White, S. (2014). Peri-operative care of the elderly 2014: Association of anaesthetists of great Britain and Ireland. *Anaesthesia*, 69(SUPPL. 1), 81-98. <https://doi.org/10.1111/anae.12524>

- Grupo Español de Rehabilitación Multimodal. (2013). *Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del adulto*. <https://grupogerm.es/wp-content/uploads/2021/05/via-clinica-cirurgia-adulto-rica-2021.pdf>
- Guadarrama Ortega, D. (2016). Barriers to the utilisation of research. Descriptive study performed on nurses at a hospital in the southwest of Madrid t. *Enfermería Global*, 15(43), 261-274. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gutiérrez, J. (2011). Grupo de Discusión: ¿Prolongación, variación o ruptura con el focus group? *Cinta de moebio*, 41, 105-122. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2011000200001>
- Gutiérrez Martí, R., Ferrús Estopà, L., Craywinckel Martí, G., i Armengol i Rosell, R. (2018). *Exploració dels nous rols infermers: Dins de la Xarxa Pública d'Hospitals d'Aguts a Catalunya*.
- Gutiérrez Martí, R., Ferrús Estopà, L., Sevilla Guerra, S., Zabalegui Yárnoz, A., Comellas Oliva, M., i Estrem Cuesta, M. (2019). *Les infermeres de pràctica avançada a Catalunya. Proyecto IPA:CAT19*. [http://www.consorcio.org/media/upload/arxiu/Butlleti/MaterialButlleti/Les infermeres de practica avançada a CAT.pdf](http://www.consorcio.org/media/upload/arxiu/Butlleti/MaterialButlleti/Les%20infermeres%20de%20practica%20avançada%20a%20CAT.pdf)
- Gutiérrez, R., Lena, M., i Estopà, F. (2009). *Què opinen de la Infermera de Pràctica Avançada els professionals dels hospitals d'aguts de Catalunya*.
- Gutiérrez, R., Lena, M., i Estopà, F. (2019). *Les infermeres de pràctica avançada a Catalunya. Projecte IPA. CAT 19*.
- Halakou, S., Bakhsha, F., Jafari, S. Y., Yousefi, Z., i Aryaee, M. (2017). *Original Research Article The Clinical Competencies of Nurse Anesthetists in Response to Community Needs : A Delphi Study. 1*, 13-19.
- Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., i Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(4), 834-841. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007>

- Hamric, A. B., Hanson, C., Tracy, M. F., i O'Grady, E. (2019). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach* (6th ed.). Elsevier Inc.
- Herion, C., Egger, L., Greif, R., i Violato, C. (2019). Validating international CanMEDS-based standards defining education and safe practice of nurse anesthetists. *International Nursing Review*, 1-12. <https://doi.org/10.1111/inr.12503>
- Hernández, R., Fernández, C., i Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (S. A. McGraw-Hill/Interamericana Editores (6th ed.)).
- Hervas Puyal, C. (2010). *La anestesia en Cataluña. Historia y evolución (1847-1901)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/2300>
- Hogan, P. F., Seifert, R. F., Moore, C. S., i Simonson, B. E. (2010). Cost Effectiveness Analysis of Anesthesia Providers. *Nursing Economics*, 28(3), 159-169.
- Holtzhausen, J. D., Downing, C., Poggenpoel, M., i Ndawo, G. (2022). The development and evaluation of a nurse anaesthesia model for practice in South Africa. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 334-342. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.009>
- Hopkins, K. D., Hopkins, B. R., i Glass, G. V. (1997). *Estadística Básica para las Ciencias Sociales y del Comportamiento* (3a ed.). S. A. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Hoyem, R. L., Quraishi, J. A., Jordan, L., i Wiltse Nicely, K. L. (2019). Advocacy, Research, and Anesthesia Practice Models: Key Studies of Safety and Cost-Effectiveness. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 20(4), 193-204. <https://doi.org/10.1177/1527154419874410>
- Hu, J., Fallacaro, M. D., Jiang, L., Wu, J., Jiang, H., Shi, Z., i Ruan, H. (2017). IFNA approved Chinese Anaesthesia Nurse Education Program: A Delphi method. *Nurse Education Today*, 56(May), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.017>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*.

- International Association for the Study of Pain. (2017). *Terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- International Council of Nurses. (2020). *Directrices de enfermería de practica avanzada 2020*. file:///C:/Users/pc/Desktop/bibliografia/PRACTICA AVANZADA DE LA ENFERMERIA ICN_APN Report_ES_WEB.pdf
- International Federation of Nurse Anesthetists. (2016). *Code of Ethics, Standards of Practice, Monitoring, and Education*. Europe. <http://dev.ipsasb.org/system/files/meetings/files/4502.pdf>
- International Federation of Nurse Anesthetists. (2017). *Anesthesia Program Approval Proces (APAP) Operational Policies and Procedures*. <https://ifna.site/ifna-accreditation-program/approval-process-for-nurse-anesthesia-programs/>
- International Federation of Nurse Anesthetists. (2021a). *Master Degree in Nursing applied to Anaesthetics, Recovery and Pain Management (MIA-ARiD), Barcelona, Spain - IFNA*. <https://ifna.site/anesthesia/master-degree-in-nursing-applied-to-anaesthetics-recovery-and-pain-management-mia-arid-barcelona-spain/>
- International Federation of Nurse Anesthetists. (2021b). *The Global Voice for Nurse Anesthesia: International Federation of Nurse Anesthetists (1989-2021)* (International Federation of Nurse Anesthetists).
- Johnson, R., i Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. <http://edr.sagepub.com/content/33/7/14.short>
- Jovell AJ. (1999). Medicina basada en la afectividad. *Med Clin*, 113(5), 173-175.
- Juvé-Udina, M.E., Huguet, M., Monterde, D., José Sanmartín, M., Martí, N., Cuevas, B., de la Fuente, C., i Alvarez, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing (Ed. española)*, 25(4), 56-61. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70907-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70907-X)
- Juvé-Udina, M. E., Farrero-Muñoz, S., Calvo, C. M., Rius-Ferrus, L., Monterde-Prat, D., Cruz-Llaüna, R., i Artigas-Lage, M. (2009). Pesos competenciales. *54 Nursing*, 27(7).

- Katzung, B. G., Masters, S. B., i Trevor, A. J. (2012). *Farmacología básica y clínica* (12a ed.). Mc Graw-Hill.
- Keeney, S., Hasson, F., i McKeena, H. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Wiley-Blackwell. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.564.6060&rep=rep1&type=pdf>
- Keeney, S., Hasson, F., i McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: Ten lessons form using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 205-212.
- Kuhn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas* (4a ed.). S.F.C.E. España.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* (BOE), 1 (2003).
- de Lima Trindade, L., Coelho Amestoy, S., Adyles Muniz, L., Biolchi, T., Pires de Pires, D. E., i Schubert Backes, V. M. (2011). Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería Global*, 10(22), 1-9. <https://doi.org/10.4321/s1695-61412011000200014>
- Lincoln, Y., i Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lindström, B., i Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3). <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D., i Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330-334. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.008425>
- Ljungqvist, O., i Hubner, M. (2018). Enhanced recovery after surgery—ERAS—principles, practice and feasibility in the elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(3), 249-252. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0905-1>

- López Montesinos, M.J. (2004) Revisión cronológica de la enseñanza de la enfermería en España. *Enfermería Global*, 5, 1-6. <https://doi.org/10.6018/eglobal.3.2.568>
- López Muñoz, C., Sánchez Yagüe, A., Canca Sánchez, J. C., Reinaldo Lapuerta, J. A., i Moya Suárez, A. B. (2018). Quality of sedation with propofol administered by non-anesthetists in a digestive endoscopy unit: The results of a one year experience. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 110(4), 231-236. <https://doi.org/10.17235/reed.2018.5283/2017>
- Magraner, X. (2022, març 8). Déficit en Anestesiología: «El problema es el presupuesto, no la formación». *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/deficit-en-anestesiologia-el-problema-es-el-presupuesto-no-la-formacion--4255>
- Mantzoukas, S., i Watkinson, S. (2007). Review of advanced nursing practice: The international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 28-37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01669.x>
- Matsusaki, T., i Sakai, T. (2011). The role of certified registered nurse anesthetists in the United States. *Journal of Anesthesia*, 25(5), 734-740. <https://doi.org/10.1007/s00540-011-1193-5>
- Mcdonnell, A., Goodwin, E., Kennedy, F., Hawley, K., Gerrish, K., i Smith, C. (2015). An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 789-799. <https://doi.org/10.1111/jan.12558>
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1221-1225. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x>
- McMillan, S. S., King, M., i Tully, M. P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 655-662. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>
- Meeusen, V., Ouellette, S., i Horton, B. (2016). The global organization of nurses in anesthesia: The International Federation of Nurse Anesthetists. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 6(2016), 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2016.03.001>

- Meeusen, V., Van Zundert, A., Hoekman, J., Kumar, C., Rawal, N., i Knape, H. (2010). Composition of the anaesthesia team: A European survey. *European Journal of Anaesthesiology*, 27(9), 773-779. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e32833d925b>
- Mendes, D. I. A., de Almeida Clemente Ferrito, C. R., i Gonçalves, M. I. R. (2018). Intervenções de Enfermagem no programa Enhanced Recovery After Surgery®: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 6), 2991-2999. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=133970896&site=ehost-live>
- Mendieta-Izquierdo, G., Ramírez-Rodríguez, J. C., i Fuerte, J. A. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública; Medellín*, 33(3), 435-443. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14>
- Merry, A. F., i Weller, J. M. (2021). Communication and team function affect patient outcomes in anaesthesia: getting the message across. En *British Journal of Anaesthesia* (Vol. 127, Número 3, p. 349-352). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.06.033>
- Merton, R. K., i Kendall, P. L. (1946). The Focused Interview. *American Journal of Sociology*, 51(6). <http://www.journals.uchicago.edu/t-and-c>
- Metges de Catalunya. (2014). *MC confirma l'inici de la pèrdua de competències mèdiques en els serveis d'anestesiologia*. Metges de Catalunya. <https://metgesdecatalunya.cat/ca/actualitat/noticies/mc-confirma-linici-de-la-perdua-de-competencies-mediques-en-els-serveis-danestesiologia>
- Mills, A., Sorensen, A., Gillen, E., Coomer, N. M., Theis, E., Scope, S., Beadles, C., i Quraishi, J. (2020). Quality, Costs, and Policy: Factors Influencing Choice of Anesthesia Staffing Models. *Journal of Healthcare Management*, 65(1), 45-60. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-18-00186>
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). *Unidad de tratamiento del dolor*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf

- Mompart, P. (2021). El liderazgo enfermero necesario (o lo que la pandemia nos enseñó). *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 2-4.
- Monera Lucas, P., Marín Sánchez, E., Campos Albert, I., López Orenes, A., Torres Figueiras, M., i Lozano de la Hoz, M. (2022). El avance de enfermería en la consulta de pre-anestesia, un proyecto interdisciplinar. *Revista de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica*, 48, 94-97.
- Montesinos Vicente, F. (2011). Practicantes, Matronas y Cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932). En [Tesis].
- Morales Asensio, J. (2012). Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enfermería*, 15(6), 26-32. <https://medes.com/publication/75689>
- Morilla-Herrera, J. C., Morales-Asencio, J. M., Martín-Santos, F. J., Garcia-Mayor, S., Rodríguez-Bouza, M., i González-Posadas, F. (2013). Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people: Protocol for a systematic review and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1652-1659. <https://doi.org/10.1111/jan.12030>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., i Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. En *BMJ Open* (Vol. 8, Número 8). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Muñoz, M. (2022, octubre 12). Los anestesiistas denuncian intrusismo profesional. *La Razón*. <https://www.larazon.es/sociedad/20221012/wbcmhczofzfajfgvuik7csetq.html>
- Myklebust, M. V., Storheim, H., Hartvik, M., i Dysvik, E. (2020). Anesthesia Professionals' Perspectives of Teamwork During Robotic-Assisted Surgery. *AORN Journal*, 111(1), 87-96. <https://doi.org/10.1002/aorn.12897>
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., i Alison, Root, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for health*, 11(19), 1-11.

- Neft, M., Okechukwu, K., Grant, P., i Reede, L. (2013). The revised scope of nurse anesthesia practice embodies the broad continuum of nurse anesthesia services. *AANA Journal*, 81(5), 347-350.
- Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona. (s.d.). *El Informe Belmont*. www.bioeticayderecho.ub.es-www.bioeticaidret.cat
- Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. D., Leech, N. L., i Zoran, A. G. (2011). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *Paradigmas*, 3(1), 127-157.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La Cirugía Segura Salva Vidas*. 11-26. http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2018). *Panorama de la Salud 2017*. <https://doi.org/10.1787/9789264306035-es>
- Palomar-Aumatell, X. (2018). Ús del llenguatge estandarditzat Nursing Interventions Classification per a la mesura de la intensitat de cures infermeres a una unitat de crítics. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). <http://www.tesisenred.net/handle/10803/456377> %0A<http://www.tdx.cat/handle/10803/456377>
- Paneque Sanchez-Toscano, I. (2014). Seguridad, efectividad y satisfacción con la sedación profunda administrada por enfermeras, en la ablación de las venas pulmonares en pacientes con fibrilación auricular. En *Universidad de Alcalá*. <https://docplayer.es/77540368-Tesis-doctoral-tesis-doctoral.html>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2a ed.). SAGE.
- de Pedro Gómez, J., i Morales Asencio, J. M. (2018). Análisis crítico de la práctica avanzada de enfermería y las especialidades enfermeras. *Enfermería Clínica*, xx, 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.006>
- Peix Sagués, M., i Castro Pérez, A. (2012). Competencias y Funciones de la Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. En *Aseedar-td*. <http://www.aseedar-td.org/competencias>
- Pérez-Cajaraville, J. (2006). «El dolor y su tratamiento a través de la historia». *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, 13(3), 186.

- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., i Loke, A. Y. (2010). An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 31-39. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x>
- Ray, W. T., i Desai, S. P. (2016). The history of the nurse anesthesia profession. *Journal of Clinical Anesthesia*, 30. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2015.11.005>
- Redondo Calvo, F. J., i Pozuelo Reina, A. (2013). Aportaciones de la Armada española en la introducción de la anestesia en España. La ciencia médica en el último tercio del siglo xix. *Revista Espanola de Anestesiologia y Reanimacion*, 60(2), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2012.05.031>
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., i Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272011000200002>
- Rodas Pacheco, F. D., i Pacheco Salazar, V. G. (2020). Grupos Focales: Marco de Referencia para su Implementación. *INNOVA Research Journal*, 5(3), 182-195. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7878893&info=resumen&idioma=ENG>
- Rodríguez Vall-Llovera, S., Ros Nebot, B., Cao Lopez, L., Parcet Serra, S., Escuer Badia, G., i Carbó Garcia, A. (2020). The Nurse Anaesthetist in digestive endoscopy: participation in control and administration of sedation. *Revista Rol De Enfermeria*, 43(10), 8-14.
- Rönnerberg, L., i Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(6), 468-475. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.011>
- Sabaté, S., Gomar, C., Canet, J., Castillo, J., i Villalonga, A. (2008). Survey of anesthetic techniques used in Catalonia: results of the analysis of 23,136 anesthetics (2003 ANESCAT study). *Revista española de anestesiología y reanimación*, 55(3), 151-159. [https://doi.org/10.1016/s0034-9356\(08\)70533-4](https://doi.org/10.1016/s0034-9356(08)70533-4)

- San Martín-Rodríguez, L., Soto-Ruiz, N., i Escalada-Hernández, P. (2018). Academic training for advanced practice nurses: International perspective. *Enfermería Clínica*, *xx*, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.004>
- Sanclemente Dalmau, M. (2017). *La enfermería de anestesia en Cataluña: Modelo de enfermería de práctica avanzada*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Sanclemente Dalmau, M., Muñoz Falcón, L., Algarra Ramos, M., i Álvarez del Castillo, M. (10-12 octubre 2018). *Anesthesia's team outside the operating room: Innovation in advanced management model*. [Poster] 42 Congrés Mundial Hospitals, Brisbane, Australia
- Sanclemente Dalmau, M., Galbany-Estragués, P., Palomar-Aumatell, X., Rubinat-Arnaldo, E. (2022). Defining competencies for nurse anaesthetists: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(11) 3696-3709 <https://doi.org/10.1111/jan.15348>
- Sandin Esteban, M. P. (2000). Criterios de Validez en la Investigación Cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, *18*(1), 223-242. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/rie.18.1.121561>
- Sastre-Fullana, P., de Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., i Morales-Asencio, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*, *25*(5), 267-275. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
- Sastre Fullana, P. (2016). *Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de competencias en enfermeras de práctica avanzada (IECEPA)* [Universitat de les Illes Balears]. <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/148964>
- SCARTD, S. d'avaluació preoperatòria. (2006). *Valoració i preparacions preoperatòries pel pacient programat per a cirurgia de la cataracta*.
- Segura Escobar, M. de los A., Vélez Gavilánez, W., Mendoza Pincay, J. C., González Mauricio, Y. L., i Lucas, Y. (2020). Monitoreo hemodinámico no invasiva en anestesiología. *Revista Científica Mundo de la Investigación y Conocimiento*, *4*(3), 62-75. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.62-75](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.62-75)

- Serra, D., i Serra, J. (2003). *La guerra quotidiana. Testimonis d'una ciutat en guerra (Barcelona 1936-1939)*. Columna Edicions.
- Servei Català de la Salut. (2019). Vigilància de la infecció nosocomial als hospitals de Catalunya (VINCat). En *Generalitat de Catalunya*. <http://www10.gencat.net/catsalut/vincat/ca/docs/hepatitisc.pdf> %5Cnd: %5Cjournals %5Cgudiol2007.pdf
- Sevilla Guerra, S. (2018). The implementation of Advanced Practice Nursing in Catalonia. *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/585925>
- Sevilla Guerra, S., Miranda Salmerón, J., i Zabalegui, A. (2017). Profile of advanced nursing practice in Spain: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences, August*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/nhs.12391>
- Sevilla Guerra, S., i Zabalegui, A. (2016). Role delineation study of advanced practice nursing, a cross-sectional study of practice domains and trends in role functions. *International Journal of Integrated Care, 16(6)*, 62. <https://doi.org/10.5334/ijic.3014>
- Sillero Sillero, A., i Zabalegui Yarnoz, A. (2018). Percepción de las enfermeras perioperatorias sobre su entorno laboral y su relación con la sensación de satisfacción o insatisfacción laboral. *EVIDENTIA Revista de Enfermería Basada en la Evidencia, 15*, 1-6. <http://ciberindex.com/p/ev/e12030>
- Smith, A. F., Kane, M., i Milne, R. (2004). Comparative effectiveness and safety of physician and nurse anaesthetists: A narrative systematic review. *British Journal of Anaesthesia, 93(4)*, 540-545. <https://doi.org/10.1093/bja/ae240>
- Sociedad Española de Dolor. (s.d.). *Unidades de Dolor*. 2022. Recuperat 30 octubre 2022, de <https://www.sedolor.es/pacientes/unidades-de-dolor/>
- Soto, P., Masalan, P., i Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes, 29(3)*, 288-300. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.05.001>
- Sue Hoyt, K., Coyne, E. A., Ramirez, E. G., Peard, A. S., Gisness, C., i Gacki-Smith, J. (2010). Nurse Practitioner Delphi Study: Competencies for

- Practice in Emergency Care. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 439-449. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.05.001>
- Sun, E. C., Miller, T. R., Moshfegh, J., i Baker, L. C. (2018). Anesthesia care team composition and surgical outcomes. *Anesthesiology*, 129(4), 700-709. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002275>
- Sundqvist, A. S., i Carlsson, A. A. (2014). Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 281-288. <https://doi.org/10.1111/scs.12057>
- Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthetists-es. (2019). *Great Survey French Nurse Anesthetists 2018*. https://ifna.site/app/uploads/2019/02/SNIA_Enquete_ENG_IFNA.pdf
- Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes. (2007). *Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste*.
- Tashakkori, A., i Teddlie, C. (2015). SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research. En *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. <https://doi.org/10.4135/9781506335193>
- Thofehrn, M. B., Montesinos, M. J. L., Porto, A. R., Amestoy, S. C., Arrieira, I. C. de O., i Mikla, M. (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 2-5. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962013000100016>
- Tutosaus Gómez, J. D., Morán-Barrios, J., i Pérez Iglesias, F. (2018). Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educación Médica*, 19(4), 229-234. <https://doi.org/10.1016/J.EDUMED.2017.03.023>
- Universidad de Cádiz. (2018). *Máster Universitario en Investigación Enfermera y Práctica Profesional Avanzada*. https://enfermeriayfisioterapia.uca.es/docencia-master-master-universitario-en-investigacion-enfermera-intro_master_invesenf/
- Universidad de Navarra. (2018). *Máster en Práctica Avanzada y Gestión en Enfermería*. <https://www.unav.edu/web/master-en-practica-avanzada-y-gestion-en-enfermeria>

- Universitat de Barcelona. (2018). *Máster de Enfermería de Práctica Clínica Avanzada*. https://www.ub.edu/web/ub/es/estudis/oferta_formativa/master_universitari/fitxa/E/M2D04/index.html
- Urrea, E., Jana, A., i García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Ciencia y Enfermería XVII*, 3, 11-22.
- Valls, R. et alt. (2008). *Les infermeres catalanes durant la Guerra Civil*. Universitat de Barcelona
- Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., i García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95. <https://doi.org/ISSN:2007-5057>
- von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies. Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), 1525-1536. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
- Weaver, K., Mn, B. N., i Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 0(2), 459-469. <https://onlinelibrary-wiley-com.sare.upf.edu/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>
- Wilson, W. O. (2013). Nurse Anesthesia. A past, Present, and Future Perspective. *Nursing Clinics of NA*, 10(2), 205. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.04.002>
- World Health Organization. Patient Safety. (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2018). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- World Health Organization. (2021). *European Programme of Work 2020-2025: United Action for Better Health*. <https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2021-1919-41670-56993>

- World Medical Association. (2013). *Declaración de Helsinki*. <https://doi.org/10.1177/1524839913507280>
- Xyrichis, A., i Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232-241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>

ANNEXOS

ANNEXOS

ANNEX A. PRIMER QÜESTIONARI

1a RONDA «EL ROL DE LA INFERMERIA D'ANESTÈSIA A CATALUNYA»

Benvolgut/da,

M'adreço a vostè com a possible col·laborador/subjecte d'estudi en el marc de la realització de la meua tesi doctoral dins el Doctorat Interuniversitari de Cures Integrals i Serveis de Salut de la Universitat de Lleida / Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

L'objectiu del treball es analitzar les competències de les infermeres d'anestèsia de Catalunya i fer una reflexió sobre el fenomen i situació actual.

Per aconseguir-ho, realitzaré un enfocament metodològic mixt, utilitzant com a recollida de dades la tècnica Delphi per tal de conèixer de primera mà d'aquests professionals, quines competències i quin rol estan executant.

Concretament, consistirà en una entrevista presencial per conèixer-nos i a partir d'aquí s'establirà una relació via correu electrònic on se li demanarà la resposta d'un qüestionari. Posteriorment i després de l'anàlisi de la investigadora, rebrà uns altres qüestionaris. S'estima l'execució de 2-3 rondes de qüestionaris per participant.

Com investigadora principal em comprometo a preservar la confidencialitat de les persones i les dades recollides segons la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre de protecció de Dades de Caràcter Personal.

Un cop acabat l'estudi, es publicarà el nom del grup d'experts al document obtingut, excepte que ens indiqui el contrari.

La seva participació és voluntària, i es pot retirar de l'estudi sense cap conseqüència en tot moment.

Agrairia rebre resposta en un màxim de 15 dies a partir de la recepció d'aquest qüestionari.

Per a qualsevol consulta pot contactar amb

Montserrat Sanclemente Dalmau

660142363

Phdanestesia@gmail.com

Moltes gràcies per la teva participació.

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

Titulació universitària infermera: Diplomant Grau Doctor

Altres titulacions universitàries: Diplomant Grau universitari Doctor

Quina:

Formació postgraduada en anestèsia: Màster Postgrau NO

Altres formacions postgraduades: Màster Postgrau

Quina:

Anys experiència infermera d'anestèsia:

Any experiència infermera:

DADES REFERIDES AL TREBALL ACTUAL

Àrea de l'anestèsia en la qual treballa actualment

Consulta preanestèsica

Perioperatori/Quiròfan

Postoperatori

Unitat Recuperació Anestèsica Reanimació UCI Postquirúrgica

Sedacions Fora Àrea Quirúrgica :

Endoscòpia Rx Hemodinamia Altres

Unitat Dolor Agut Crònic

Lloc de treball que ocupa actualment

Quants fa que estàs en aquest lloc de treball

Ha treballat en l'àrea d'anestèsia en algun altre CENTRE

SI NO

A continuació iniciem l'apartat de preguntes que integren el centre de la investigació.

L'objectiu és recollir quins procediments/activitats/ competències creieu que les infermeres d'anestèsia realitzen, malgrat que no sigui el vostre cas.

A partir d'ara per referir-nos a la infermera d'anestèsia parlarem d'IA.

DOMINI EXPERTA

Engloba les activitats de les infermeres d'anestèsia de la pràctica diària en la visita preanestèsica, en l'atenció perioperatòria i postoperatòria i en el tractament del dolor agut i crònic, incloent-hi també aquelles que requereixen una visió holística del pacient i família.

AVALUACIÓ PREANESTÈSICA

La IA en el marc de la visita preanestèsica:

1) Participar en col·laboració amb l'anestesiòleg en la realització d'entrevistes preanestèsiques.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

2) Realitzar de forma autònoma les entrevistes preanestèsiques.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

3) Recollir a la història clínica els antecedents mèdics i quirúrgics.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 4) Comprovar els tractaments farmacològics.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 5) Avaluar el risc anestèsic.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 6) Avaluar els predictors de via aèria difícil.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 7) Avaluar les proves preoperatòries.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 8) Sol·licitar proves preoperatòries.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 9) Sol·licitar interconsulta amb altres serveis.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 10) Realitzar canvis en els tractaments farmacològics crònics sota protocol
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 11) Formular el pla anestèsic previst basat en els coneixements i l'evidència científica.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

12) Donar informació sobre el pla anestèsic.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

13) Informar sobre els riscos anestèsics.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

14) Donar el consentiment informat.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de l'avaluació preanestèsica que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI PREPARACIÓ I ADMINISTRACIÓ DE L'ANESTÈSIA

LA IA durant el procés anestèsic:

15) Administrar anestèsia general sota protocol en els diferents procediments quirúrgics.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

16) Administrar anestèsia regional sota protocol en els diferents procediments quirúrgics.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

17) Administrar sedació sota protocol en els diferents procediments quirúrgics.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 18) Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia general.
- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord
- 19) Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de l'anestèsia regional.
- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord
- 20) Col·laborar amb l'anestesiòleg en l'administració de la sedació.
- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord
- 21) Preparar els fàrmacs anestèsics d'acord amb els seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.
- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord
- 22) Seleccionar els fàrmacs anestèsics en base als seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.
- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord
- 23) Administrar els fàrmacs anestèsics en base als seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.
- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord
- 24) Preparar els procediments anestèsics en base als seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.
- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

25) Realitzar els procediments anestèsics en base als seus coneixements i segons la història del pacient, la tècnica i el procediment quirúrgic.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

26) Realitzar el suport ventilatori en els pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

27) Instaurar dispositius de manteniment de la via aèria:

27.1. Cànules nasals.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

27.2. Mascareta simple i amb reservori.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

27.3. Mascareta laríngia.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

27.4. Intubació endotraqueal.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

27.5. Tècniques intubació difícil.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

28) Utilitzar l'ecografia per la realització de tècniques invasives(canalització vies, valoracions volum vesical...)

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

29) Proporcionar suport psicològic utilitzant habilitats de comunicació.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

30) Restar al costat del pacient durant tot l'acte anestèsic.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica del «maneig anestèsic durant el procediment quirúrgic/invasiu» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI GESTIÓ DELS RISCOS

31) Prendre les mesures de seguretat adequades per administrar l'anestèsia de forma segura.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

32) Revisar la documentació del pacient

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

33) Preparar els equips segons els estàndards i les llistes de comprovació.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

34) Realitzar la comprovació de l'utilatge anestèsic (respirador, monitors, aspiració)

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

35) Preparar els plans anestèsics segons els estàndards i les llistes de comprovació.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

36) Preparar els fàrmacs anestèsics segons els estàndards i les llistes de comprovació.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

37) Participar en la realització del procediment de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

38) Liderar la realització del procediment de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

39) Participar en el desenvolupament de procediments/protocols de l'ús d'equips i fàrmacs.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

40) Participar en la notificació d'incidents de seguretat

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

41) Participar en grups de millora o d'anàlisi d'incidents de seguretat

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

42) Participar en la prevenció de riscos del pacient i professionals de la salut

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de la «gestió dels riscos» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI MONITORATGE

43) Realitzar la monitorització del pacient enfront un procediment anestèsic.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

44) Vigilar la monitorització durant el procediment anestèsic.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

45) Analitzar les dades obtingudes de la monitorització invasiva i no invasiva a través del pensament crític i judici clínic.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

45) Realitzar intervencions segons la monitorització invasiva i no invasiva a través del pensament crític i judici clínic.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

46) Realitzar el registre de les dades obtingudes de la monitorització.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

47) Identificar les prioritats i els paràmetres de seguretat dels pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

48) Realitzar una resposta constructiva en situacions inesperades/emergents, desenvolupant una gestió de la situació clínica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de la «monitorització» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI FINALITZACIÓ DE L'ANESTÈSIA

49) Analitzar la condició del pacient abans de fer el trasllat a la unitat corresponent.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

50) Finalitzar el suport ventilatori si és el cas.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

51) Participar de l'extubació de forma autònoma

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

52) Acompanyar al pacient durant el trasllat.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

53) Realitzar el traspàs de la informació al personal de la unitat de cures del postoperatori.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de la «finalització de l'anestèsia» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI EQUIPAMENT

54) Seleccionar l'equipament adequat/necessari segons el procediment i segons la situació programada/emergent.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

55) Preparar l'equipament adequat/necessari segons el procediment i segons la situació programada/emergent.

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

56) Utilitzar l'equipament adequat/necessari segons el procediment i segons la situació programada/emergent.

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

57) Netejar l'equipament adequat/necessari segons el procediment i segons la situació programada/emergent.

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de «l'equipament » que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI SUPORT VITAL AVANÇAT

58) Realitzar accions per mantenir o estabilitzar les condicions del pacient i proporcionar cures de suport vital avançat.

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

59) Proporcionar un correcte suport vital avançat: utilitza dispositius, fàrmacs, integració amb la resta de membres de l'equip.

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

60) Proporcionar coneixements de suport vital bàsic i avançat a altres professionals de la salut.

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

61) Mantenir la seva acreditació com a professional/instructor de suport vital avançat.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

62) Liderar equips de suport vital a les institucions.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

63) Tenir en compte les habilitats no tècniques (lideratge, treball en equip, consciència situacional, comunicació) en situació urgent/emergent?

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica del «suport vital avançat» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI CURES POSTOPERATÒRIES

64) Ser el professional referent en l'atenció del postoperatori immediat.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

65) Demostrar coneixements avançats en farmacologia i farmacocinètica de drogues, analgèsics i agents anestèsics.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

66) Avaluar totes les complicacions postoperatòries immediates en la REA/URPA: respiratòries, neurològiques, hemodinàmiques, nàusees i vòmits.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

67) Detectar les complicacions postoperatòries en tots els seus àmbits: respiratoris, neurològics, hemodinàmiques, nàusees i vòmits.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

68) Administrar els fàrmacs pertinents de forma autònoma.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

69) Administrar els fàrmacs pertinents sota protocol.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

70) Administrar els fàrmacs pertinents sota ordre mèdica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

71) Realitzar el maneig de les drogues durant el weaning dels pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

72) Ser el professional que decideix l'alta dels pacients de les unitats de recuperació postanestèsica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

73) Ser el professional qui signa l'alta dels pacients de les unitats de recuperació postanestèsica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

74) Desenvolupar els protocols del personal de la unitat de recuperació postanestèsica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

75) Participar en la realització dels protocols del personal de la unitat de recuperació postanestèsica.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de les «cures postoperatòries/ unitats de reanimació» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI GESTIÓ DEL DOLOR

76) Formar part dels òrgans institucionals del maneig del dolor

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

77) Ser el professional referent infermer de les unitats de dolor

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

78) Supervisar els tractaments invasius del control del dolor postoperatori a les unitats (Catèters, bombes, etc)

79) Donar informació als pacients envers els tractaments del dolor i els seus efectes secundaris

79) Realitzar educació sanitària als pacients envers els tractaments del dolor.

80) Aplicar de forma autònoma TENS a les unitats de dolor crònic

81) Aplicar de forma autònoma Iontoforesi a les unitats de dolor crònic

82) Fer el seguiment i monitoratge dels tractaments aplicats a les unitats de dolor crònic

83) Fer formació als altres professionals en l'àmbit del dolor

84) Donar suport emocional als pacients en les unitats de dolor crònic

78) Liderar el circuit dels mòrfics de les unitats de treball

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

79) Gestionar les rotacions de mòrfics en pacient crònics

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de la «gestió del dolor» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI CONTROL DE LA INFECCIÓ

80) Realitzar els procediments segons els estàndards recomanats per garantir la higiene i esterilització dels materials.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

81) Mantenir la seva actualització segons les guies enfront el risc d'infecció de les organitzacions nacionals.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

82) Participar en l'adaptació dels estàndards de les guies nacionals als procediments anestèsics.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica del «control de la infecció» que no s'ha exposat en el qüestionari?

SUBDOMINI DOCUMENTACIÓ

83) Realitzar el registre complet de la informació del pacient.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

84) Facilitar a través del registre una atenció integral del pacient.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica de la «documentació» que no s'ha exposat en el qüestionari?

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica com a experta que no s'ha exposat en el qüestionari?

DOMINI COMUNICADORA

És la facilitadora de la comunicació infermera-pacient-família, essent la interlocutora amb la resta de l'equip, mantenint-se en tot moment la confidencialitat del pacient.

85) Establir una comunicació efectiva i establint sinergies amb els pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

86) Establir una comunicació efectiva i establint sinergies amb les famílies.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

87) Donar suport emocional als pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

88) Donar suport emocional a les famílies.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

89) Mostrar habilitats per mantenir la comprensió, el respecte, l'empatia i la confiança del pacient mantenint la confidencialitat i discreció.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

90) Mostrar habilitats per la resolució de conflictes derivats de les relacions interpersonals.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica com a comunicador que no s'ha exposat en el qüestionari?

DOMINI COL·LABORADORA

És l'expressió del treball en equip i de la participació en organismes i associacions externes al centre de treball

91) Col·laborar amb altres membres de l'equip per identificar solucions als problemes de salut.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

92) Implementar noves tecnologies que millorin la seguretat del pacient.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

93) Establir relacions interprofessionals amb altres professionals de la salut.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

94) Promoure la cooperació entre els diferents professionals de l'equip d'anestèsia.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

95) Respectar els rols i les competències dels altres membres de l'equip.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

96) Promoure el discurs constructiu i les fortaleses dins els membres de l'equip de salut

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

97) Aportar solucions als problemes que puguin aparèixer dins l'equip de salut

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica com a membre col·laborador que no s'ha exposat en el qüestionari?

DOMINI GESTORA/LÍDER

Participació en comissions, en òrgans directius, en gestió de recursos, en projectes de millora.

98) Prendre decisions amb anterioritat per tal de preparar l'organització de professionals, equipament i materials.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

99) Utilitzar els recursos per dissenyar i participar en estratègies basades en l'evidència que integri les necessitats dels pacients

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

100) Establir plans per una gestió ecològica dels residus

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

101) Avaluar i optimitzar l'impacte de l'ús de productes i tecnologies en la cura dels pacients

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

102) Realitzar valoracions de la qualitat de les cures

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

103) Participar en comissions de qualitat de les cures als pacients

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Participar en comissions de seguretat del pacient com a gestora/líder

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica com a gestora/líder que no s'ha exposat en el qüestionari?

DOMINI DEFENSORA DE LA SALUT

Ser defensor de la salut engloba la vetlla pels drets dels pacients i garantir l'educació d'ell i la seva família.

104) Avaluar l'estat de salut dels pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

105) Participar en la promoció de la salut als pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Utilitzar les Tics i eines de salut digital en el procés perioperatori

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

106) Participar en l'educació de la salut dels pacients en qualsevol moment del procés perioperatori.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

107) Participar en l'educació de la salut de la família en qualsevol moment del procés perioperatori.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

108) Participar en l'apoderament del pacient dins del seu procés

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

109) Garantir els drets de privacitat i confidencialitat dels pacients.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

110) Participar en comissions de seguretat

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica com a defensora de la salut que no s'ha exposat en el qüestionari?

DOMINI EDUCADORA

La responsabilitat de la formació contínua recau sobre la mateixa persona. La investigació i la participació en la formació d'altres professionals són característiques d'aquesta competència.

111) Participar en activitats de formació continuada.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

112) És avaluada durant la seva carrera professional.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

113) Demostrar coneixements sobre la regulació professional nacional.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

114) Incorporar tècniques basades en la evidència així com les guies i estàndards nacionals actualitzats.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

115) Participar en projectes/estudis de recerca.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

116) Incorporar la recerca a la seva pràctica diària.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

117) Protegir els drets dels pacients que participen en els projectes de recerca.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

118) Conèixer els estàndards de l'educació i la pràctica de la professió.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

119) Contribuir a l'educació de professionals i estudiants compartint la seva experiència.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

120) Ajudar a altres professionals de la salut aportant la seva experiència en l'àmbit de l'anestèsia.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica com a educadora que no s'ha exposat en el qüestionari?

DOMINI PROFESSIONAL

És l'aportació de la professió al lideratge, a la gestió dels errors. La responsabilitat de la professió marca l'acceptació de la delegació de funcions i la capacitat de delegar a altres professionals.

121) Proveir cures centrades en el pacient basades en l'evidència.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

122) Reconèixer la seva responsabilitat enfront de la pràctica professional mantenint un elevat nivell de qualitat en el coneixement, judici, habilitats tecnològiques.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

123) Acceptar i treballar amb delegació de funcions.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

124) Delegar habitualment en altres membres de l'equip de salut.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

125) Identificar oportunitats per la contínua millora de la professió.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

126) Participar d'associacions professionals.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

127) Utilitzar criteris de qualitat, satisfacció i estudi de costos per fer canvis en la pràctica i la cura del pacient.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

128) Vetllar pels drets dels pacients segons les seves característiques individuals, culturals, ètniques i religioses donant les cures més adequades i respectant aquestes singularitats.

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

Creus que hi ha alguna competència/ pràctica clínica com a professional que no s'ha exposat en el qüestionari?

APORTACIÓ INDIVIDUAL

Creus que hi ha hagut un creixement en el nombre de llocs de treball d'infermeres d'anestèsia?

Per què creus que ha passat això?

Moltes gràcies per la teva col·laboració

Salutacions cordials

Montserrat Sanclemente Dalmau

660142363

phdanestesia@gmail.com

ANNEX B. SEGON QÜESTIONARI

DOMINI EXPERTA

Engloba les activitats de les infermeres d'anestèsia de la pràctica diària en la visita preanestèsica, en l'atenció perioperatòria i postoperatòria i en el tractament del dolor agut i crònic, incloent-hi també aquelles que requereixen una visió holística del pacient i família.

SUBDOMINI AVALUACIÓ PREANESTÈSICA

La IA en el marc de la visita preanestèsica:

- 1) Avaluar les proves preoperatòries.
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 2) Realitzar proves diagnòstiques (ECG, analítica)
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 3) Realització de visites virtuals/telefòniques preanestèsiques
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 4) Gestió del programa quirúrgic amb relació a les incidències
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 5) Coordinació amb altres serveis per la programació dels pacients
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

- 6) Realitzar canvis en els tractaments farmacològics crònics sota protocol
 - 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
 - 4- D'acord, 5- Totalment d'acord

7) Donar informació sobre les recomanacions preanestèsiques

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

SUBDOMINI PREPARACIÓ I ADMINISTRACIÓ DE L'ANESTÈSIA

8) Utilitzar l'ecografia per la realització de tècniques invasives(canalització vies, valoracions volum vesical...)

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

9) Estar presents en el despertar del pacient

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

10) Administrar fàrmacs coadjuvants per prevenir complicacions

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

11) Informació a familiars de l'acte anestèsic

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

SUBDOMINI SEGURETAT DEL PACIENT

12) Liderar la realització del procediment de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

13) Participar en cursos o jornades relatives al tema

1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

SUBDOMINI MONITORATGE

14) Control de la monitorització i estat clínic del pacient durant l'acte anestèsic

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

15) Participar dels canvis de teràpia ventilatòria/farmacològica davant les situacions inesperades seguint el coneixement científic

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

16) Participar dels canvis de teràpia ventilatòria/farmacològica davant les situacions inesperades segons les guies/protocols

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

SUBDOMINI EQUIPAMENT

17) Fer el seguiment del manteniment de l'equipament

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

18) Revisar el correcte funcionament de l'equipament abans de la seva utilització

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

SUBDOMINI SUPORT VITAL AVANÇAT

19) Participar en simulacions

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

SUBDOMINI CURES POSTOPERATÒRIES

20) Realitzar el maneig de les drogues durant el weaning dels pacients

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

21) Ser el professional que decideix l'alta dels pacients de les unitats de cirurgia major ambulatoria

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

DOMINI COMUNICADORA

És la facilitadora de la comunicació infermera-pacient-família, essent la interlocutora amb la resta de l'equip, mantenint-se en tot moment la confidencialitat del pacient.

22) Establir una comunicació efectiva i establint sinergies amb les famílies

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

23) Donar suport emocional a les famílies

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

DOMINI GESTORA

Participació en comissions, en òrgans directius, en gestió de recursos, en projectes de millora

24) Participar en comissions de seguretat del pacient com a gestora/líder

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

DOMINI DEFENSORA DE LA SALUT

Ser defensor de la salut engloba la vetlla pels drets dels pacients i garantir l'educació d'ell i la seva família.

25) Utilitzar les Tics i eines de salut digital en el procés perioperatori

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

DOMINI EDUCADORA

La responsabilitat de la formació contínua recau sobre la mateixa persona. La investigació i la participació en la formació d'altres professionals són característiques d'aquesta competència

26) Demostrar coneixements sobre la regulació professional nacional

- 1- Totalment en desacord, 2- En desacord, 3-Ni acord/ni desacord,
4- D'acord, 5- Totalment d'acord

ANNEX C. DOCUMENT APROVACIÓ COMITÈ ÈTICA



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ

Dr. Miquel Nolla, com a President del Comitè d'Ètica d'Investigació de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts 27 de novembre, ha avaluat la proposta per que es realitzi l'estudi que porta per títol "EL ROL DE LA INFERMERIA D'ANESTÈSIA A CATALUNYA", Tesi doctorat Interuniversitari en Cures Integrals i Serveis de Salut. Universitat de Lleida de la Dra. Montserrat Sanclemente, amb codi CEI 18/87 i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d' idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi. Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest Comitè decideix emetre **INFORME FAVORABLE** a la resolució dels aclariments, en la reunió celebrada el dia 18 de desembre de 2018.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es digui a terme a **Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell**, amb **Montserrat Sanclemente** com a investigadora principal. I que la investigadora principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – Orden SAS/347/2009, RD 1090/2015. El CEI tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

MEMBRES DEL CEI DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Miquel Nolla	President	Metge
Dra. Anna Altés	Secretari	Metge
Dra. Encarna Martínez	Vocal	Metge
Dr. Ernesto Mònaco	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dr. Josep M Tormos	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dra. Concha Antolin	Vocal	Farmacèutica primària
Dra. Virginia Martínez	Vocal	Farmacèutica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Sra. Conxita Malo	Vocal	Infermera
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Anna Guijarro	Vocal	Filosofia
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 19 de desembre de 2018



Dr. Miquel Nolla
President del CEI

ANNEX D. DOCUMENT D'INFORMACIÓ PELS PARTICIPANTS

INFORMACIÓ PER LA PARTICIPACIÓ EN L'ESTUDI:

«EL ROL DE LA INFERMERIA D'ANESTÈSIA A CATALUNYA»

Benvolgut/da,

M'adreço a vostè com a possible col·laborador/subjecte d'estudi en el marc de la realització de la meva tesi doctoral dins el Doctorat Interuniversitari de Cures Integrals i Serveis de Salut de la Universitat de Lleida – Universitat Central de Catalunya.

L'objectiu del treball és analitzar les competències les infermeres d'anestèsia de Catalunya i fer una reflexió sobre el fenomen i situació actual.

Per aconseguir-ho, realitzaré un enfocament metodològic mixt, utilitzant com a recollida de dades el mètode Delphi per tal de conèixer de primera mà d'aquests professionals, quines competències i quin rol estan executant.

Concretament, consistirà en una entrevista presencial per conèixer-nos i a partir d'aquí s'establirà una relació via correu electrònic on se li demanarà la resposta d'un qüestionari. Posteriorment i després de l'anàlisi de la investigadora, rebrà uns altres qüestionaris. S'estima l'execució de 2-3 rondes de qüestionaris per participant.

La duració de la primera entrevista d'uns 30 minuts i es realitzarà en el lloc i data acordat per vostè, respectant sempre els criteris de confidencialitat.

Com investigadora principal em comprometo a preservar la confidencialitat de les persones i les dades recollides segons la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre de protecció de Dades de Caràcter Personal.

La seva participació és voluntària, i es pot retirar de l'estudi sense cap conseqüència en tot moment.

En el cas que la resposta sigui afirmativa, li demanaré el dia de l'entrevista em signi el consentiment informat que adjunto.

.....,..... de de 201

Montserrat Sanclemente Dalmau
Investigadora principal en formació

ANNEX E. CONSENTIMENT INFORMAT

....., de 201

CONSENTIMENT INFORMAT

TESI DOCTORAL: «EL ROL DE LA INFERMERIA D'ANESTÈSIA A CATALUNYA»

JO,.....

He llegit el document d'informació de l'estudi i la proposta de participació.

He parlat amb la investigadora principal, Sra. Montserrat Sanclemente Dalmau.

He pogut preguntar els dubtes i fer les preguntes referents a la participació en l'estudi i he rebut les respostes adients per part de la investigadora principal.

He rebut la informació necessària i suficient per participar en l'entrevista i posteriors qüestionaris.

La meva participació és voluntària.

Puc retirar-me de la investigació i de l'entrevista en qualsevol moment i sense donar cap explicació.

Per tant, SI accepto la participació en aquesta investigació,

Signatura:

Nom del participant:

DNI:

«D'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades (LOPD) us informo que les vostres dades s'inclouen en el fitxer «Panell d'experts. xls», el responsable del qual és Montserrat Sanclemente Dalmau. Les vostres dades són tractades amb l'única finalitat de mantenir la comunicació. En qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, modificació, cancel·lació i oposició tot enviant un correu a montsesanda@gmail.com.»

Montserrat Sanclemente Dalmau

