



Universidad  
de La Laguna



# INFORMACIÓN Y PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS INVOLUCRADOS EN EL CUIDADO QUIRÚRGICO INTRAOPERATORIO ACERCA DE LA ENFERMERA DE ANESTESIA

**Autora:** Ariadna María Alonso Curbelo

**Tutor:** Mario De Bonis Redondo

**Titulación**

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud. Tenerife  
Universidad de La Laguna  
Junio 2017

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	4
3. HIPÓTESIS.....	11
4. OBJETIVOS.....	11
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
5.1 Ámbito.....	12
5.2 Diseño.....	12
5.3 Población de estudio y muestra.....	12
5.4 Método de recogida de datos.....	12
5.5 Operacionalización de las variables.....	13
5.6 Análisis de los datos. ....	14
5.7 Trabajo de campo.....	15
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
7. POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	18
8. CRONOGRAMA.....	19
9. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	21
10. CONCLUSIÓN.....	22
11. BIBLIOGRAFÍA.....	24
12. ANEXOS.....	30

## **RESUMEN**

**Introducción:** El rol de la enfermera de anestesia de quirófano en España sin especialidad reconocida y sin jurisprudencia que la avale la lleva a permanecer en la sombra dentro de los equipos de quirófano, en los mejores casos, y en otros ni si quiera existe siendo la enfermera circulante la que asume este papel. Esto provoca, a su vez, una indefinición en cuanto a las tareas y funciones que una enfermera debe realizar con relación a la Anestesiología que no la deja que termine de entroncar en el sistema sanitario actual. Se cree y de esta hipótesis se parte, que este desconocimiento también está latente en los profesionales sanitarios y por ello se pretende indagar a través de un cuestionario en la información y percepción que tienen ellos acerca de esta figura, considerando que este es un paso fundamental en el camino de su implantación y reconocimiento.

Asimismo, a través de este proyecto se pretende justificar la importancia de su presencia en los equipos que cuidan al paciente sometido a cirugía desde una perspectiva de seguridad y calidad de los cuidados haciendo uso de la evidencia disponible tanto a nivel nacional como internacional.

**Objetivo:** Determinar la información de la que disponen los profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Canarias involucrados en el proceso de atención al paciente quirúrgico en la etapa intraoperatoria en relación a la enfermera de anestesia de quirófano y su percepción acerca de ella.

**Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, transversal. La población de estudio serán las enfermeras y médicos anestesistas que prestan cuidados quirúrgicos durante la fase intraoperatoria del bloque quirúrgico del Hospital Universitario de Canarias. El método de recogida de datos se basa en una encuesta autoelaborada con respuestas de tipo Likert. La misma incluirá variables sociodemográficas independientes de: edad, sexo, categoría profesional, nivel de estudios y años de experiencia y dependientes de información y percepción. Se realizará un análisis bivariante con el propósito de detectar posibles relaciones entre ellas.

**Palabras clave:** Información, percepción, profesionales sanitarios, fase intraoperatoria.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The role of the anaesthetic nurse in the operating theatre in Spain without recognized specialty and without jurisprudence that endorse her, leads her to remain in the shadow among the operating team, in the best cases, but in others it is the circulating nurse who acquires this role. This however provokes an immense doubt as to the jobs and functions the nurse should undertake in relation to the Anaesthesiology which does not allow at the moment an actual union with the National Health Service. It is believe and from this hypothesis comes, that this ignorance is also around the healthcare professionals and for that, is intended to investigate through a questionnaire on the information and perception that they have about this figure, considered that this is a fundamental step in the way through implantation and recognition.

As well, through this project, it pretends to justify the importance of its presence in the teams that takes care of the patient underwent surgery from a secure perspective and quality of the care, making use of the evidence available both national and international.

**Objective:** Establish the information that have the healthcare professionals of Hospital Universitario de Canarias involved in the process of the surgery patient care in the intraoperative stage in relation with the anesthetic surgery nurse and their perception about them.

**Methodology:** A transversal descriptive study. The study populations are the nurses and anesthetists' doctors that provide cares in the operating theatre during the intraoperative stage in the Hospital Universitario de Canarias. A Survey was carried out to obtain the data given with Likert. This included various social independent graphs: age, sex, profession, studies, and work experience and dependent of information and perception. A bivariate analysis will be made to detect possible interaction between them.

**Key words:** Information, perception, healthcare professionals, intraoperative stage.

## **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

Durante estos últimos años, el concepto de salud ha ido sufriendo una serie de modificaciones que obliga a desarrollar un nuevo enfoque de atención al individuo. Cambios que vienen dados por un incremento de la longevidad de la población con el consecuente aumento de la dependencia, de enfermedades crónicas, de pluripatología, polifarmacología y otros cambios de tipo científicos y tecnológicos que dificultan la atención (1). Además la evolución de nuestra sociedad da lugar a una “cultura de la salud” donde entre otras cosas adquiere una alta relevancia la minimización del dolor por lo que la figura de la enfermera en anestesia, reanimación y terapia del dolor en el ámbito hospitalario parece necesaria y acorde con las necesidades que presenta la población en la actualidad (2).

Pero este cambio asistencial requiere de profesionales enfermeros dotados del conocimiento suficiente y necesario que les permita ofrecer unos cuidados especializados y adaptados a estas nuevas circunstancias. Por lo tanto es vital apostar y potenciar una formación que proporcione una base de conocimientos de experto, capacidades de adopción de decisiones complejas y competencias clínicas (3) necesarias para que estos profesionales aborden todos estos cambios desde una visión de especificidad.

Si bien es cierto que este modelo de especialización ha sido adoptado en algunos campos como la pediatría, la salud comunitaria, etc., aún quedan otros muchos en el aire, como es el caso de la enfermería de anestesia. Su estado actual en España sin especialidad reconocida y sin jurisprudencia que la avale la coloca en un impase que no deja que termine de entroncar en el sistema sanitario. Cabe mencionar que algunos hospitales han escogido el camino de incorporar a personal de enfermería que ha sido formado en anestesia a través de posgrado o máster a las distintas áreas que precisan de su capacitación<sup>1</sup>, pero aún son muchos los que optan por no considerarla y otorgar este papel a enfermeras generalistas.

Dado este panorama, se plantea un proyecto cuyo objetivo es indagar sobre las percepciones subjetivas e información de la que disponen actualmente los profesionales sanitarios partiendo de la hipótesis de que una de las causas de su inexistencia es la falta de conocimiento de su rol dentro de los equipos multidisciplinares y de los efectos positivos que puede aportar en el cuidado del paciente.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En el anexo III se adjunta la lista sustraída de la Sociedad Española de Anestesia de Hospitales que disponen de enfermera de anestesia.

## **2. MARCO TEÓRICO**

La figura de la enfermera de anestesia (EA) continúa siendo desconocida dentro del mundo sanitario y social. Su rol, determinado como tal dentro del equipo de anestesia permanece estando a la sombra o inexistente en otros casos.

Esto es debido a que España es uno de los pocos países, junto con Portugal, Italia y Croacia, entre otros, en los que no existe esta figura entendida como una especialidad (4) (2), pues no se dispone de ninguna formación reglada ni reconocimiento estatuario que certifique la misma (5). Esto provoca una indefinición en cuanto a las tareas y funciones que una enfermera debe realizar con relación a la Anestesiología, a diferencia de la mayoría de países europeos y de los Estados Unidos y a diferencia, también, de otros ámbitos de la medicina (4).

La Asociación Internacional de Enfermería de Anestesia (IFNA) la define como, aquella que *“provee o participa en la realización de técnicas avanzadas o especializadas y servicios de anestesia a pacientes que requieran de los mismos, cuidados respiratorios, resucitación cardiopulmonar y/u otras emergencias o servicios de mantenimiento de la vida cuando sea necesario. Igualmente participa en la aplicación de las diferentes técnicas analgésicas tanto para el dolor agudo, como en el crónico, en el ámbito de las clínicas y unidades de dolor”* (6).

Esta enfermera puede prestar cuidados en diferentes servicios, siendo estos: áreas de exploraciones no invasivas (ginecología, radiología, endoscopia y terapia electroconvulsiva); salas de pre-anestesia; visita pre-anestésica; unidades de recuperación postanestésica (URPA); unidades de reanimación postquirúrgica (RPQ); clínicas de dolor crónico; unidades de dolor agudo; obstetricia; RCP y emergencias hospitalarias; emergencias extrahospitalarias y quirófanos (6).

Dado que el presente estudio está planteado para llevarlo a cabo en el Hospital Universitario de Canarias, y dado que de los ámbitos anteriormente mencionados, el bloque quirúrgico de dicho hospital carece de la figura de la EA, esta área va a ser el centro de investigación. Pues en este hospital, esta figura no está contemplada dentro del equipo quirúrgico, siendo la enfermera circulante la que asume el apoyo al equipo de anestesia (7).

Así, mencionar que, la EA dentro del área quirúrgica, *“es el profesional que da apoyo al acto anestésico, comparte con el anestesiólogo tareas y actividades, pero en ningún caso lo sustituye”* (6). Es decir, forma parte del llamado *“Anaesthesia Team”* (8) (9) constituido por uno o dos anestesiólogos, cuyo objetivo es brindar un servicio eficiente y eficaz bajo un marco de seguridad del paciente, por la EA cuyo papel se enuncian al comienzo de este párrafo y en algunos países como Estados Unidos, queda incluido en el equipo un asistente de anestesia (10) (11), cuya formación certifica que cuenta con las mismas capacidades y habilidades clínicas que una EA.

Las tareas y funciones que forman el proceso de atención de enfermería de anestesia en quirófano quedan recogidas en la Sociedad Catalana de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SCARTD) y provienen de una encuesta realizada, en colaboración con la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (SEDAR), a setenta centros sanitarios públicos y privados de Cataluña (12) (13) y abarcan las siguientes. Por un lado, debe preparar el quirófano, esto es, la disposición de todo lo necesario para la realización de la técnica anestésica, incluyendo la preparación de la medicación para la inducción, mantenimiento y educación; comprobación del material fungible que se precisará y preparación del mismo; confirmación de la presencia de los dispositivos de posición quirúrgica; validación del correcto funcionamiento de los monitores y aparatos de anestesia y preparación de una mesa con todo los dispositivos de intubación y extubación que se prevean, controlando la situación del carro de paros y el material de intubación difícil por si fuera preciso utilizarlos. Por otro lado, la enfermera de anestesia debe revisar la historia clínica del paciente, cerciorándose de la existencia de alergias y posibles complicaciones con la anestesia a través de una entrevista con el paciente in situ. Y, por supuesto, vigilar el estado hemodinámico del paciente durante toda la intervención y colaborar en todo lo que precise el médico anestesista y el equipo de quirófano en general (6). Finalmente, debe ayudar en el despertar y acompañar al anestesista y al paciente a las unidades de reanimación postquirúrgicas (14).

Por esto, se puede decir que constituye una pieza de vital importancia, proporcionando cuidados especializados en un equipo interdisciplinar de enfermería, que dará una atención integral al paciente (6) (7). Esta afirmación no proviene sólo de ideas promulgadas por la disciplina enfermera, sino que otros profesionales se han pronunciado ratificando lo expuesto (15) (16).

Poner de manifiesto que algunas de estas actividades específicas, basadas en un criterio y conocimiento clínico, quedan recogidas y estandarizadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Entre ellas podemos encontrar: *“administración de anestesia (2840), definida como la preparación y administración de agentes anestésicos y vigilancia de la respuesta del paciente durante la administración”* y *“ayuda a la ventilación (3390), descrita como la estimulación de un esquema espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones”*, entre otras (17) (7).

Siguiendo con la misma sintonía, resulta interesante apuntar algunas ideas que emanan de la premisa de la necesidad de incluir a la EA en los quirófanos, desarrollándolas a partir de tres puntos de vista.

En primera instancia, desde una visión de seguridad del paciente, entendiendo esta como “la reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable, previniendo y mejorando los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria” (18) (19) (20).

Cuando se trabaja en equipo la reducción de riesgos adquiere mayor efectividad y en cuya consecución, se produce un incremento notable en la seguridad de las actuaciones y actividades que se desencadenan. Haciendo uso de un dicho popular “cuatro ojos ven más que dos”. El apoyo de una enfermera capacitada, formada y experta, otorga un respaldo al anestesista ya que, facilita la identificación de eventos adversos que se puedan acontecer y que supongan un peligro para el paciente y fomenta la prestación de cuidados seguros garantizando la atención óptima. Además, varias sociedades de anestesiólogos han transmitido que la figura de la EA dentro del “Anaesthesia Team” aumenta la seguridad de la anestesia (8) (13).

En este contexto de seguridad, la EA cuenta con una herramienta “la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica”, comúnmente conocida como Check-List, que fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 (21) (22) y que facilita esta detección de errores.

Si bien es cierto que, no se ha encontrado evidencia científica nacional disponible que relacione la presencia de esta enfermera con una reducción de riesgos intraoperatorios, mejoría de la calidad de los cuidados, etc. No obstante, en la bibliografía internacional sí se ha hallado un estudio que determina que la presencia de una enfermera de anestesia supone una disminución de mortalidad y morbilidad (23). De estos resultados se hace eco un artículo incluido en la revista española de Anestesiología y Reanimación (24) que va más allá, afirmando que este modelo de inclusión de la EA es efectivo tanto por reducción de carga asistencial de los anestesiólogos como de seguridad para los pacientes en términos de suspensiones quirúrgicas.

Continuando con la argumentación, en segunda instancia y en correlación al primer punto, desde una perspectiva de aumento en la calidad de los cuidados, definida como, *“el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes con el conocimiento actual de los profesionales”* (25). El aumento de la seguridad en las intervenciones incide directamente en la calidad en la prestación de los cuidados, incrementándola también. Pues el paciente permanece atendido de forma integral y permanente por un equipo experto que desempeña funciones basadas en el conocimiento científico y práctico.

En última instancia, desde un punto de vista de humanizar el proceso quirúrgico. Pues desde antaño se conoce que una de las premisas como enfermeras durante el desempeño de nuestras funciones es la visión humanista que permanece integrada en nuestra práctica diaria (2). La formación recibida



en las Escuelas de Enfermería se caracteriza por divulgar una cultura del cuidado donde el eje central es la persona. Donde se entiende que cada una es única y por tanto, cada una según sus valores y creencias, afrontará de forma distinta las diversas situaciones de salud, en este caso quirúrgicas, que se puedan suceder. Esta visión humanista nos concede un papel protagonista en la relación que se establece o que se debe establecer entre profesional-paciente. Contamos con las habilidades necesarias para identificar las posibles sensaciones y percepciones de la persona que cuidamos ante el hecho inminente de cirugía, con la posibilidad de gestionarlas cuando estas son negativas, véase, ansiedad, estrés. La bibliografía científica apoya que esta intervención enfermera mejora la satisfacción hacia el proceso asistencial quirúrgico. (26) (27)

Como ya se ha comentado en párrafos anteriores, no se ha encontrado evidencia científica nacional que certifique la efectividad de la intervención de la EA durante el intraoperatorio. Por el contrario, si existen resultados que determinan su efectividad durante el preoperatorio y postoperatorio, por lo que resultaría lógico pensar que si su participación en estas dos etapas es beneficiosa y positiva también podría serlo durante la fase intraoperatoria.

En este sentido, varios artículos determinan que la colaboración de enfermería en las valoraciones preoperatorias es una iniciativa eficaz y segura desde el punto de vista clínico que permite el desarrollo de equipos de trabajo donde cada integrante puede potenciar sus habilidades profesionales, asegurar un entorno de comunicación y calidad asistencial a los pacientes y mejorar el resultado postoperatorio (28) (29) (30).

También se apunta que esta intervención enfermera permite dar una información personalizada y adecuada al paciente quirúrgico que les proporciona satisfacción, lo cual tiene efectos positivos en el postoperatorio (31) (32). Pues contar con este conocimiento de forma previa a que vaya a suceder les aporta tranquilidad, les permite gestionar cada momento de forma más óptima, ayudándolos a adaptarse al entorno y las circunstancias de la mejor manera posible y sobre todo les lleva a involucrarse de forma activa en su propio proceso quirúrgico (33). Esto a su vez provoca la disminución del grado de ansiedad situacional que se produce al ingresar en un medio desconocido (31) (34) (35).

En relación a los efectos positivos durante el postoperatorio, se determina que la intervención enfermera preoperatoria para cirugías abdominales, consigue disminuir la intensidad del dolor postoperatorio (36). Otro estudio menciona que un alto porcentaje de pacientes están satisfechos con el control del dolor y que esta satisfacción se correlaciona significativamente con haber recibido información durante el preoperatorio acerca de este (37). Estos dos últimos estudios se han desarrollado en Estados Unidos, pero se considera que sus resultados y conclusiones son interesantes y que se deben tener en cuenta.

Por lo tanto, podemos llegar a la conclusión de que la instauración de la enfermera de anestesia dentro del ámbito hospitalario resulta una necesidad imperiosa que da respuesta tanto a los cambios y demandas de la sociedad actual, como a la cultura de seguridad y calidad de los cuidados que se difunde desde entidades como la OMS<sup>2</sup> y que recogen las Instituciones hospitalarias. Además su presencia sólo conlleva beneficios y mejora en la atención al paciente durante su proceso de enfermedad aguda o crónica. Atención influida por la vertiente humanista que caracteriza a la disciplina enfermera y que por tanto favorece el afrontamiento y la adaptación a estos procesos.

Procesos que se ven enriquecidos con el conocimiento de las funciones que ha de hacer la EA para no dejarlas en territorio de nadie, que en muchas ocasiones, el propio desconocimiento por las enfermeras no especializadas, obliga a éstas a asumir funciones que muchas veces tienen que ser complementadas por el propio anestesista, de ahí esa necesidad de establecer clara y definitivamente estas funciones que citamos a continuación:

❖ En preanestesia:

1. Recepción e identificación del paciente.
2. Presentación.
3. Comprobación de los datos personales y la historia clínica:
  - Pruebas de laboratorio: que existan, que estén correctas y en su defecto marcar las anomalías.
  - Antecedentes de interés: diferentes patologías, obesidad, diabetes, cuello corto y flexibilidad, dificultad de accesos venosos.
  - Visita pre-anestésica: Que esté realizada, comprobar el consentimiento informado, comprobar la reserva de sangre
4. Informar de los datos de interés al resto del equipo
5. Soporte psicoemocional durante todo el proceso, estableciendo una relación de empatía, procurando un clima de cordialidad y confianza, cuidando el tono y contenido de las conversaciones, preservando en todo momento la intimidad del paciente.

❖ En intraoperatorio:

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud en sus siglas en castellano.

1. Preparación del quirófano y de la técnica anestésica.
  - **Valoración del funcionamiento correcto de:** Sistemas de monitorización, sistemas de infusión, sistemas de aporte de oxígeno, sistemas de ventilación manual, sistemas de aspiración, sistemas de apoyo en las maniobras de resucitación. Comprobación y control de drogas anestésicas y medicación de soporte. Material de la vía aérea.
  - **Preparación de:** Medicación de inducción y de soporte para la anestesia, mesa de quirófano con los diferentes accesorios de acomodación, sueroterapia, bombas de infusión, mesas estériles para los diferentes accesos: arteriales, periféricos, centrales, punciones raquídeas, bloqueos..., estupefacientes, carro de paros, carro de intubación difícil, fibrolaringoscopio
2. Recepción y preparación del paciente.
3. Monitorización: de la función cardiovascular, de la ventilación, neuromuscular, del SNC.
4. Canalización del resto de vías venosas y arterial, siendo solo exclusiva del anesestesiólogo la vía venosa central, cuando el acceso es vía yugular interna, externa o subclavia. El resto serán colocadas de forma indistinta por los miembros del equipo.
5. Asistencia durante la inducción e intubación. Manejo de la vía aérea.
6. Administración protocolizada de la sedación, según lo establecido por el Servicio de Anestesiología, bajo supervisión directa del anesestesiólogo responsable del área.

\*Los pacientes ASA III y IV (con riesgo de obstrucción de la vía aérea) y aquellos que presenten alguna dificultad en especial (Ej.: riesgo de broncoaspiración) requerirán la presencia física de un anesestesiólogo.

7. Control y administración de sueroterapia y hemoderivados. La comprobación del grupo en el bloque quirúrgico, grande, centralizado y con nevera de depósito, es realizada por la enfermera de anestesia, como función delegada de banco, dado que el personal de enfermería de banco, no entra al quirófano. El control transfusional se realizará siguiendo el protocolo de cada centro
8. Control de constantes y de pérdidas hemáticas.
9. Apoyo asistencial en la educación y extubación del paciente.

10. Registro en la gráfica del curso clínico del paciente, durante todo el acto anestésico. La gráfica de anestesia se cumplimentará de forma indistinta. (ANEXO IV)
11. Acompañar al paciente, transmitiendo las incidencias intraoperatorias y los datos de interés para los cuidados postquirúrgicos.

❖ En postoperatorio:

Proporcionar unos cuidados y una estricta vigilancia, para asegurar una evolución postanestésica y postoperatoria sin incidentes, ni complicaciones.

- Vigilar la recuperación del paciente que ha sido intervenido, bajo anestesia general, loco-regional y/o sedación.
- Valorar el dolor, estableciendo los cuidados y el tratamiento según la técnica prescrita.
- Prevenir, detectar e identificar las posibles complicaciones que puedan surgir durante este proceso.
- Control hemodinámico
- Tolerancia a la sedestación/bipedestación, deambulación.
- Control de náuseas y vómitos y de efectos secundarios.
- Información post-anestésica: reanudación de la actividad habitual, reanudación de la ingesta, etc.
- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes.

### 3. HIPÓTESIS

Los profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Canarias involucrados en el proceso de atención al paciente quirúrgico en la etapa intraoperatoria desconocen la figura de la enfermera de anestesia de quirófano.

### 4. OBJETIVOS

**Objetivo general:** Determinar la información de la que disponen los profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Canarias involucrados en el proceso de atención al paciente quirúrgico en la etapa intraoperatoria en relación a la enfermera de anestesia de quirófano, desde agosto de 2017 hasta enero de 2018.

#### **Objetivos específicos:**

1. Detectar las posibles carencias de información presentes en los profesionales sanitarios que atienden al paciente quirúrgico en la etapa intraoperatoria.
2. Conocer la percepción de los mismos acerca de la enfermera de anestesia y el grado de importancia que le conceden.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1. **Ámbito**

El terreno de actuación será el bloque quirúrgico del hospital Universitario de Canarias, dada la facilidad de accesibilidad a los profesionales.

### 5.2. **Diseño**

Estudio descriptivo con una temporalidad transversal. Pues se pretende obtener información a través de una encuesta para determinar unos resultados sin que exista un seguimiento temporal.

### 5.3. **Población de estudio y muestra**

Población diana→Sanitarios del ámbito hospitalario.

Población de estudio→ Profesionales enfermeros de quirófano; dirección de Enfermería; supervisión de Enfermería; médicos anestesiistas; jefe del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

Muestra→ Será determinada por una serie de criterios de inclusión y exclusión. Esta será no probabilística y por conveniencia pues se pretende que toda la población accesible que cumpla con los criterios de inclusión forme parte de la misma. Así, la muestra estimada será de 46 enfermeras y 28 anestesiistas, incluyendo supervisión y dirección de enfermería y jefes médicos de anestesia

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Enfermeras interinas o fijas involucradas en la fase intraoperatoria	Estudiantes de Enfermería en formación práctica
Médicos anestesiistas adjuntos y residentes	Estudiantes de Medicina en formación práctica
Directora de Enfermería	Enfermeras suplentes
Supervisora del bloque quirúrgico	
Jefes médicos del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor	

### 5.4. **Método de recogida de datos**

Cuestionario estructurado de preguntas simples. Se han elaborado afirmaciones que nos darán datos acerca de la información de la que disponen los sanitarios de la EA (desde la 1 a la 6) y de la percepción que tienen sobre la misma (desde la 7 a la 11). Las respuestas son de tipo Likert (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, totalmente de acuerdo). Cada una de

estas respuestas se codificará con números del 0 al 5 respectivamente para poder sacar una puntuación total final de cada cuestionario, entendiendo que a mayor puntuación mayor conocimiento y mejor opinión se tiene sobre la EA.

Se incluyen variables dependientes de información y percepción y variables independientes sociodemográficas de sexo, edad, nivel de estudios, categoría profesional y años de experiencia en la profesión.

Este instrumento de recogida se difundirá junto con un sobre y un consentimiento informado a cada uno de los participantes.

### 5.5. Operacionalización de las variables

VARIABLES dependientes.

<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Información	Dependiente. Cualitativa.	Los datos relativos a la información serán sustraídos del bloque de preguntas comprendido entre la 1 y la 6.	totalmente en desacuerdo; en desacuerdo; neutral; de acuerdo; totalmente de acuerdo	Codificación de los indicadores del 0 al 5, respectivamente.
Percepción	Dependiente. Cualitativa.	Los datos relativos a la percepción serán sustraídos del bloque de preguntas comprendido entre la 7 y la 11.	totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, totalmente de acuerdo	Codificación de los indicadores del 0 al 5, respectivamente.

VARIABLES sociodemográficas independientes.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Independiente. Cuantitativa continua	Edad en el momento de la entrevista calculada entre la fecha de nacimiento y la fecha en que se realiza la encuesta	Años	Intervalo de: 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50, $\geq 51$
Sexo	Independiente. Cualitativa nominal		Masculino / femenino	Nominal: M (masculino) F (femenino)
Categoría profesional	Independiente. Cualitativa nominal	Licenciado/a en Medicina o Graduado/a Diplomado/a en Enfermería.	Médico/a - enfermero/a	Nominal: Médico/a Enfermero/a
Categoría profesional	Independiente. Cualitativa nominal	Nivel mayor de estudios que posee en el momento de realizar la encuesta.	Diplomatura; Graduado; Licenciatura; Formación complementaria; Postgrado; Máster; Doctorado	Nominal: Diplomatura Graduado Licenciatura Formación complementaria; Postgrado Máster Doctorado
Años experiencia	Independiente. Cuantitativa discreta	Cantidad en número de años que lleva ejerciendo su profesión dentro del ámbito quirúrgico.	Número absoluto	Intervalo de: 1 a 5 6 a 10 11 a 15 $\geq 15$

### 5.6. Análisis de los datos

En primer lugar se realizará un análisis univariante. En el caso de las variables cualitativas se expresarán los resultados como frecuencia absoluta, determinando mediante un número entero positivo el total de los casos de las distintas categorías de cada variable (38). De las cualitativas dependientes se obtendrán dos nuevas categorías, pues se agruparán las respuestas en dos grupos. Uno de valoración positiva que incluye las respuestas tipo Likert de: totalmente de acuerdo y de



acuerdo. Y uno negativo que comprende: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo y neutral. De los mismos se realizará el mismo análisis de frecuencias.

Para las variables cuantitativas se utilizará la media aritmética, la moda para conocer que dato se repite con mayor frecuencia y la desviación estándar (38).

Por último se realizará un análisis bivariante utilizando el método de chi-cuadrado (38).

### **5.7. Trabajo de campo**

El presente trabajo surge de la hipótesis de que en el ámbito hospitalario y en el mundo sanitario en general la figura de la enfermera de anestesia es desconocida por parte de los profesionales. Así, en primera instancia se redacta un anteproyecto donde se incluye la importancia para la disciplina enfermera de realizar un trabajo que indague sobre esta hipótesis, justificándolo con los hallazgos científicos.

Una vez aceptada la propuesta en diciembre de 2017, el siguiente paso que se llevará a cabo se basará en una búsqueda exhaustiva de bibliografía relacionada con la pregunta de investigación ¿Qué saben y qué piensan los profesionales sanitarios acerca de la enfermera de anestesia? Para ello se recurrirá a bases de datos tanto nacionales como internacionales. Poner de manifiesto la dificultad de encontrar referencias en el ámbito nacional como consecuencia de la novedad de este nuevo rol de enfermería, donde la disponible se reduce a estudios de descripción de funciones y otros escritos fundamentados en opiniones, experiencias y evidencia internacional. Esta fase comprenderá los meses de noviembre de 2017 a mayo de 2018.

Recopilada toda la información se elaborará el marco teórico incluyendo los datos más relevantes. De igual modo, se describirá la metodología que se seguiría en caso de llevarlo a término y se elaborará un método de recogida de datos sencillo, adaptado a los objetivos y que se cree que será efectivo.

Desde marzo hasta mayo de 2018, se trabajará para redactar y ofrecer una propuesta de investigación de interés sanitario que cumpla con todos los requisitos necesarios para que pueda ser desarrollado en pro de la disciplina enfermera y del cuidado al paciente quirúrgico.

Se mostrará al Comité de Ética de Investigación Clínica del Gobierno de Canarias, concretamente del Hospital Universitario de Canarias, puesto que es la institución escogida para efectuar la investigación.

Una vez aceptado se procederá a su presentación, en el espacio que nos hayan habilitado, a la dirección y supervisión de enfermería y a los jefes médicos de anestesia con el fin de transmitir la motivación de esta investigación y el objetivo que se persigue. De esta forma se buscará su

implicación total con el proyecto, lo cual puede facilitar la adherencia de los demás profesionales que constituyen la población de muestra.

De forma consecutiva se expondrá al personal del bloque quirúrgico que cumple con los criterios de inclusión, comunicando la importancia de realizar este proyecto como un paso hacia adelante de esta figura y por tanto de la disciplina enfermera. En esta misma reunión se difundirá la encuesta y el consentimiento informado dentro un sobre a cada una de las personas. La investigadora principal permanecerá en contacto con ellos, proporcionando soporte y ayuda y velando por el cumplimiento del plazo establecido para la entrega de la encuesta debidamente cumplimentada, siendo este el 30 de septiembre de 2018.

A medida que se vayan recibiendo encuestas se irán analizando los datos utilizando los métodos estadísticos oportunos.

Por último, se elaborará un informe final que refleje los hallazgos con la correspondiente defensa oral del mismo.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En primera instancia, la presente propuesta será presentada al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Canarias para que certifique que cumple con las normas deontológicas para la investigación científica, acorde con la legislación de la Comunidad Europea, el Estado Español y los decretos de control y seguimiento, competencia de la Comunidad Autónoma de Canarias (39).

Esta investigación está elaborada de acuerdo con tres pilares básicos de la ética: el respeto, la confidencialidad y el anonimato.

Respeto por las personas que voluntariamente se prestan a formar parte de este estudio y su libre decisión de abandonarlo en cualquier etapa del mismo.

Garantía de confidencialidad y anonimato presentando las encuestas en formato papel y acompañadas de un sobre que ellos mismos sellarán. Se trasladará a los participantes que las respuestas solo serán leídas por el equipo de investigadores y utilizadas en la presentación de resultados y discusión.

Y para que quede constancia por escrito, se ha elaborado un consentimiento informado que deberá ser firmado por todos los participantes que deseen acceder a realizar la encuesta y por el investigador principal.

## **7. POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Dado que a través de la encuesta se pretende indagar acerca de conocimientos y percepciones, podría existir el sesgo por creencias vs conocimientos (40). Pues las respuestas de las preguntas que van dirigidas a determinar las opiniones que les merece la figura de la enfermera de anestesia puede estar influenciada por la información que puedan tener o no acerca del tema, lo cual puede enmascarar su percepción personal real. No obstante tanto la variable información como la variable percepción se tienen en cuenta en el estudio y se analizarán por separado.

Por otro lado, se podría dar el sesgo de tendencia central (40), debido a que se ofrece un número impar de respuestas, ante lo cual parece que el respondedor tiende a escoger la que se encuentra en el medio. No obstante se ha utilizado una escala de Likert que está validada por lo que su uso está justificado.

Por otro lado, cabe mencionar que el cuestionario no está validado por lo que se plantearía en este mismo proyecto realizar una validación de la escala a través de una prueba piloto del mismo, haciendo uso de la misma muestra.

Por último, somos conscientes de que la muestra no es significativa por lo que no es representativa del resto de profesionales de otras instituciones hospitalarias, pero este proyecto es sólo una primera aproximación y no se pretende extrapolar estos resultados.

## 8. CRONOGRAMA

Los cronogramas que a continuación se presentan se han elaborado desde una idea preconcebida para facilitar la gestión del desarrollo del proyecto de investigación. Por ello, el mismo es susceptible de modificaciones ya que la duración estará determinada por los hallazgos que se vayan obteniendo y los inconvenientes o no que se vayan interponiendo.

### 1ª FASE: ELABORACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	Nov. 2017	Dic. 2017	Enero 2018	Feb. 2018	Mar. 2018	Abril 2018	May. 2018	Jun. 2018
Planteamiento del fenómeno de estudio								
Revisión bibliográfica exploratoria								
Redacción del anteproyecto de investigación								
Entrega anteproyecto de investigación								
Revisión bibliográfica del proyecto de investigación								
Redacción del proyecto de investigación								
Entrega del proyecto de Investigación								
Defensa oral del proyecto de investigación								

2ª FASE: IMPLEMENTACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	Jun. 2018	Jul. 2018	Ago. 2018	Sept. 2018	Oct. 2018	Nov. 2018	Dic. 2018	Ene. 2019	Feb. 2019
Presentación Comité de Investigación									
Presentación Comité de Ética Hospital Universitario de Canarias									
Presentación a la dirección y supervisión de enfermería y a los jefes del servicio de Anestesiología									
Exposición del fenómeno de estudio y el objetivo al personal del bloque quirúrgico del Hospital Universitario de Canarias									
Explicación del instrumento de recogida de datos y dispensación del mismo para su cumplimentación a los participantes									
Análisis de los datos									
Elaboración del informe final									
Entrega del informe final									
Defensa del informe final									

## **9. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

Entre los recursos materiales serán imprescindibles:

- Material fungible de oficina: bolígrafos, tinta de impresora, folios blancos, sobres.
- Material electrónico: impresora, fotocopidora, ordenador, proyector.
- Espacio habilitado para presentar el proyecto de investigación.

Entre los recursos humanos se necesitará a la investigadora principal que asumirá la tarea de presentar el proyecto tanto al Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias como a los profesionales implicados. Asimismo permanecerá en contacto permanente con los participantes para resolver cualquier duda relacionada con la encuesta. Por otro lado se pedirá colaboración de un experto en análisis estadístico.

## **10. CONCLUSIÓN**

En España el acto anestésico se vincula a la presencia física del anestesiólogo. Así, el modelo organizativo de “un quirófano un anestesista” ha calado tan hondo que ha creado jurisprudencia y no contempla que una enfermera especializada pueda formar parte de este binomio, idea que está lastrando a nuestra especialidad (24). El paso que debemos seguir por tanto consiste en la rotura de este modelo aunque deberá romperse bajo determinadas condiciones todavía inexistentes en nuestro país. Pues no se puede aceptar que enfermería sin una especialización acreditada esté atendiendo a pacientes en situaciones complejas y frecuentemente graves y administrando fármacos anestésicos sin una certificación que demuestre su capacitación para ello (24). Y en este impase es donde nos encontramos. Se han comenzado a desarrollar estudios de postgrado y máster que imparten los conocimientos teóricos y prácticos necesarios, pero aún hay muchas barreras que atravesar. Esta formación es fundamental para que los resultados sean óptimos, lo que en nuestro caso se traduciría en una disminución de morbilidad intraoperatoria de los pacientes sometidos a los diferentes procesos anestésico-quirúrgicos (4), tal y como avala la evidencia que se incluye en el marco teórico.

Además, la NIC como referente imprescindible del trabajo de las enfermeras a nivel internacional, recoge y estandariza una parte del trabajo asociado al apoyo a la anestesia (7).

Por otro lado, cabe mencionar que esta formación que comienza a desarrollarse permite que la EA al menos cuente con un reconocimiento académico, lo cual aumenta la dotación y profesionalización de la misma. Pues recibe los conocimientos adecuados para desempeñar sus funciones desde una visión de calidad y seguridad. Asimismo, a raíz de la aparición de esta formación reglada, han ido apareciendo otro tipo de cursos de formación continua específicos de anestesia y reanimación, que aporta nueva información y conocimiento al desarrollo profesional de la EA adaptado a los avances científicos y tecnológicos.

Ahora bien, la justificación de incorporar a esta figura dentro del ámbito hospitalario surge de la necesidad de dar respuesta a los cambios que ha ido sufriendo la sociedad (1) y la alta tecnificación que viene dada por los avances y que caracteriza a un quirófano. Lo que antes no se contemplaba ahora es un hecho. Por ejemplo, hace no muchos años los cirujanos y los anestesistas no se planteaban el tratamiento quirúrgico en las personas de edad avanzada dada la complejidad de atención que guardan (pluripatología, polifarmacología, etc.).

Pero hoy en día, es una opción viable, por lo que se precisa de un equipo que pueda dar respuestas a todas estas atenciones y cuidados de forma segura y óptima reduciendo los índices de morbilidad quirúrgica. Equipo que debería de contemplar a una EA como parte de él, pues



cada disciplina recibe una formación diferente y ambas juntas pueden aportar un cuidado integral y de notable calidad, seguridad y humanidad.

Y para continuar con este arduo proceso de implantación y reconocimiento de esta figura, se desarrolla este proyecto, partiendo de la hipótesis de que quizás el déficit de conocimiento de nuestro rol y capacitación es lo que lleva a prescindir de las enfermeras. Entendiendo que quizás la gestión de las posibles carencias de conocimiento y prejuicios acerca de la EA que se determinen en los resultados del presente estudio, con la consecuente transmisión de nuestro papel dentro de las diversas áreas a nuestros compañeros y colegas de profesión, provoque su unión a la “causa”.

En relación a la fase de elaboración del proyecto, cabe transmitir la dificultad encontrada durante la revisión bibliográfica. Pues los hallazgos encontrados a nivel nacional acerca de la enfermera de anestesia y su rol dentro de los equipos de quirófano han sido pocos. Se cree que esto es debido a que es una figura reciente dentro del mundo sanitario y todavía no se han desarrollado investigaciones en este ámbito. Así, para la justificación científica del porqué de la importancia de incluir a esta enfermera dentro de quirófano se ha tenido que recurrir a bibliografía internacional entendiendo que los resultados pueden ser igual de validos aquí. Se espera que desde la disciplina enfermera se continúe investigando pues la enfermería basada en la evidencia es necesaria para que la profesión crezca y adquiera autonomía y con este proyecto se pretende colaborar.

A modo de conclusión y con el objetivo de que suscite reflexión, al igual que a un cirujano cardiaco no se le ocurre operar con una instrumentista que desconozca su oficio, ¿por qué infraestimamos los riesgos de la anestesiología y se anestesia, valga la redundancia, a ese mismo paciente sin el adecuado soporte de una enfermera capacitada? (15).

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo [sede web]. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. Resolución de la secretaria de estado de universidades, investigación y desarrollo del ministerio de educación y cultura por la que se aprueba con carácter provisional el programa formativo de la especialidad de enfermería de salud mental [19].  
Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/EnfermeriaSaludMental.pdf>
2. Corbacho Romero, M.I., Lozano Olea, F.J., Martínez Cutillas, M.L., Colom Vaquer, M.M., March Sánchez, Y., Pou Rotger, J., et al. Proyecto de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación.
3. Cámara, JL. Sanidad estudia crear unidades de enfermería avanzada en Urgencias. El Diario de Avisos. Santa Cruz de Tenerife.; Sanidad. Disponible en: <http://www.diariodeavisos.com/2014/05/sanidad-estudia-crear-unidades-enfermeriaavanzada-en-urgencias/>.
4. González Santos, S., Uria Azpiazu, A., Mugabure Bujedo, B. Actualizaciones en Anestesgiología para Enfermería. Hosp Donostia Dep Sanid Consumo Osakid. 2010.
5. Rod, P. Enfermero Anestesta en Europa. International Federation of Nurse Anesthetists; Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/documentos/enfermeraeuropa.pdf>
6. Peix Sagués, T.; Castro Pérez, A. Competencias y funciones de la Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor (EARTD). Asoc Esp Enferm Anest Reanim y Terapia del Dolor.
7. Bellido Vallejo, J.C., Estepa Osuna, M.J., Fernández Salazar, S., Quero Vallejo, J.C. Identificación y estandarización de la actividad intraoperatoria de la enfermera de apoyo a la anestesia. Rev. Bibl. Las Casas [Revista en internet]. 2010; 6(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0549.pdf>
8. Birks, R.J.S, Alladi, V.R, Angell, J., Broomhead, R., Chambers, W.A., Griffiths, R., et al. The Anaesthesia Team. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland: 2010.

9. American Society of Anesthesiologists [sede web]. Anesthesiologist Assistants: Qualified Members of the Anesthesia Care Team. Disponible en: <http://www.asahq.org/for-members/advocacy/federal-legislative-and-regulatoryactivities/position-papers/anesthesiologist-assistants-qualified-members-of-theanesthesia-care-team.aspx>
10. Tipping, J. What is an Anesthesia Assistant. Canadian Anesthesiologists' Society [sede web]. Disponible en: <https://www.cas.ca/English/Anesthesia-Assistant>
11. American Society of Anesthesiologists [sede web]. Statement on the Anesthesia Care Team. 2013[1–8]. Disponible en: <file:///C:/Users/Adrian/Downloads/STATEMENT%20ON%20THE%20ANESTHESIA%20CARE%20TEAM.pdf>
12. Tipping, J. What is an Anesthesia Assistant. Canadian Anesthesiologists' Society [sede web]. Disponible en: <https://www.cas.ca/English/Anesthesia-Assistant>
13. American Society of Anesthesiologists [sede web]. Statement on the Anesthesia Care Team. 2013[1–8]. Disponible en: <file:///C:/Users/Adrian/Downloads/STATEMENT%20ON%20THE%20ANESTHESIA%20CARE%20TEAM.pdf>
14. Pérez de Albéniz Crespo, M., Goñi Lerános, E. Autoevaluación de competencias por las enfermeras de Anestesiología. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2009; 56(3): [147–62].
15. Canet, J., Gomar, C., Montero, A. Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* [Revista en internet] 2006; 53(6): [337–45].
16. Narbona Toledo, F, Narbona Toledo, C, Narbona Vergara, I. Enfermería de Anestesia en Cirugía Cardíaca. *Rev. Enferm Docente* [Revista en internet]. 2009; 90: [18–29]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-90-07.pdf>
17. Ortiz-Gómez, J.R., Fonet, I., Palacio, F.J., Pérez-Cajaraville, J.J. Cartas al director. *Enfermería de Anestesia.* 2007;(10): [630].

18. Mianestesista blogspot. Palacio, M.A. La enfermería de anestesia. 2010. Disponible en: <http://mianestesista.blogspot.com.es/2010/06/1a-enfermeria-deanestesia.html>
19. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McCloskey Dochterman, J. Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5th ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
20. Aibar Remón, C. Curso Virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. Sesión 1. ¿Qué es la Seguridad del Paciente? Organización Mundial de la Salud.
21. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de salud: 2009: [15]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
22. Palacio Lapuente, F. La seguridad del paciente: un problema importante y actual. CS Ondarreta Comarca Ekialde Donostia. AMF [Revista en internet]. 2011; 7(9): [496–503].
23. Narbona Toledo, C; Delgado Arcas, S; Narbona Toledo, F. Listado verificación seguridad quirúrgica (check-list): una necesidad aún no conocida por la enfermería. Enferm Docente [Revista en internet]. 2011; 95: [9–13]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-095-04.pdf>
24. Madariaga Hilarión, P. Seguridad clínica en el paciente quirúrgico. 7º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica. Valencia: Asociación de Enfermería Quirúrgica; 2010. Disponible en: [http://www.aeeq.net/congresos/7AEEQ/descargas/ponencias/m5\\_philarion.pdf](http://www.aeeq.net/congresos/7AEEQ/descargas/ponencias/m5_philarion.pdf)
25. Arbous, MS, Meursing, AEE, Van Kleef, JW, De Lange, JJ, Spoormans, HJAJM, Touw, P, et al. Impact of Anesthesia Management Characteristics on Severe Morbidity and Mortality. Rev. Anesthe. [Revista en internet]. 2005; 102(2): [257–68]. Disponible en: <http://journals.lww.com/anesthesiology/pages/articleviewer.aspx?year=2005&issue=02000&article=00005&type=fulltext>
26. Canet, J., Monedero, P. Enfermería de Anestesia en España: ¿una verdad incómoda o la caja de los truenos? Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2007; 54(5): [265–7].

27. Abizanda Campos, R., Quintana Díaz, M., Gordo Vidal, F. Consenso terminológico de los grupos de trabajo [sede web]. SEMICYUC; 2001. Disponible en: [http://www.semicyuc.org/sites/default/files/glosario\\_med\\_intensiva.pdf](http://www.semicyuc.org/sites/default/files/glosario_med_intensiva.pdf).
28. Chirveches-Pérez, E., Arnau-Bartés, A., Soley-Bach, M., Rosell-Cinca, F., Clotet-Argemi, G., Roura-Poch, P., et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Rev Enferm Clínica [Revista en internet]*. 2006; 16(1): [3–10]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862106711718>
29. Orihuela-Pérez, I., Pérez-Espinosa, J.A., Aranda-Salcedo, T., Zafra-Norte, J., Jiménez-Ruiz, R.M., Martínez-García, A., et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Rev Enferm Clínica [Revista en internet]*. 2010; 20(6): [349–54]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110001683>
30. Mata, J., Moral, V., Moya, M.M., Nolla, M., Segura, C., Valldeperas, I., et al. ¿Es eficaz, segura y eficiente una consulta preanestésica en equipo con enfermería? *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2007; 54(5): [279–87].
31. Alorda Terrasa, C. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Rev Enferm Clínica [Revista en internet]*. 1999; 9(3): [109–14]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2890924>
32. Varughese, A. M., Terri, L., Eric, P., Dean Kurth, C. Impact of a nurse practitioner-assisted preoperative assessment program on quality. *Rev Pediatric Anesthesia [Revista en internet]*. 2006; 16(7): [723–33]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2006.01856.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
33. Aparcero Bernet, L., Núñez García, A., Ramos Fernández, M., Zahino Ruíz, G., Olcina Santonja, R., Romero Sánchez, M., et al. La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad. *Rev Esp Enferm Urol [Revista en internet]*. 2003;(88). Disponible en: <file:///C:/Users/Adrian/Downloads/DialnetLaVisitaEntrevistaPrequirurgica-3100686.pdf>

34. Asilioglu, K., Senol Celi, S. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *PEC Journal* [Revista en internet]. 2004; 53(1): [65–70]. Disponible en: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(03\)00117-4/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(03)00117-4/abstract)
35. Walker, J.A. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?. *British Journal of Nursing* [Revista en internet]. 2007; 16(1): [27–32]. Disponible en: [http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=22712;article=BJN\\_16\\_1\\_27\\_32;format=pdf](http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=22712;article=BJN_16_1_27_32;format=pdf)
36. Miguel Romeo, MC., Sagardoy Muniesa, L. Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Rev Enferm Clínica* [Revista en internet]. 2004; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001885>
37. Cuñado Barrio, A. Efecto de una “visita enfermera” estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clínica* [Revista en internet]. 1999; 9(3): [98– 104]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2890886>
38. Lin, L.Y., Wang, R.H. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* [Revista en internet]. 2005; 51(3): [252–60]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03502.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
39. Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., Niemi, T.T. Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management—Effect of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing* [Revista en internet]. 2007;8(3): [122–9]. Disponible en: [http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(07\)00071-9/abstract](http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(07)00071-9/abstract)
40. Sinobas, E. Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería. [Sede web]. FAECAP; 2011. Disponible en: [file:///C:/Users/Adrian/Downloads/manual\\_de\\_investigaci\\_n\\_cuantitativa\\_para\\_enfermer\\_a% 20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Adrian/Downloads/manual_de_investigaci_n_cuantitativa_para_enfermer_a%20(1).pdf)
41. Escudero Hermoso, V., Quirós Sastre, F., Herrero Cembellín, M.B., Rodríguez Rodríguez, B.L., Rodríguez Rubio, A.V., Meneses Jiménez, M.T., et al. La ética de la investigación

enfermera. Rev Enferm CyL [Revista en internet]. 2010; 2(2): [3–14]. Disponible en:  
<file:///C:/Users/Adrian/Downloads/45-160-1-PB.pdf>

42. Choi, B., Granero, R., Pak, A. Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. Rev.costarric salud pública [Revista en internet]. 2010; 19(2): [1–15]. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000200008&script=sci_arttext)

# ANEXOS



## I. CUESTIONARIO AUTOELABORADO

<b>EDAD:</b>	<b>CATEGORÍA PROFESIONAL<sup>3</sup>:</b>	<b>AÑOS DE EXPERIENCIA:</b>
<b>SEXO<sup>4</sup>:</b>	<b>NIVEL DE ESTUDIOS<sup>5</sup>:</b>	

	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Neutral</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Existe una formación específica de la disciplina Enfermera en el ámbito de la anestesiología, reanimación y terapia del dolor.					
Para poder adquirir esta formación hay que realizar un Postgrado o Máster.					
La enfermera de anestesia realiza el Check-List de los monitores y aparatos de anestesia.					
La enfermera de anestesia puede asumir tareas del médico anestesista.					
El llamado “anaesthesia team” está constituido por uno o dos médicos anestesistas y una enfermera de anestesia.					
La presencia de la enfermera de anestesia en quirófano aumenta la seguridad en los cuidados intraoperatorios.					
La presencia de una enfermera de anestesia dentro de quirófano puede disminuir los índices de mortalidad intraoperatoria.					
La intervención de una enfermera de anestesia dentro de quirófano supone una reducción de complicaciones intraoperatorias.					
La enfermera de anestesia es fundamental dentro del equipo de profesionales que atiende al paciente durante la fase intraoperatoria.					
La incorporación de esta enfermera al equipo de quirófano aumenta de la calidad de los cuidados.					
La enfermera de anestesia cuenta con la dotación y profesionalización óptima para prestar cuidados anestésicos.					

<sup>3</sup> Médico/a o Enfermero/a.

<sup>4</sup> Masculino (M) o femenino (F).

<sup>5</sup> Diplomatura; Graduado; Licenciatura; Formación complementaria; Postgrado; Máster; Doctorado.

Se solicita su ayuda experta para llevar a término el proyecto titulado “Información y percepción de los profesionales sanitarios involucrados en el cuidado quirúrgico intraoperatorio acerca de la enfermera de anestesia” cuyo objetivo consiste en determinar los conocimientos y opinión que ustedes tienen acerca de la enfermera de anestesia. Para ello deberá completar el siguiente cuestionario eligiendo una respuesta (marcar con una cruz). Gracias por su colaboración.

## **II. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este estudio se realiza con el objetivo de conocer el grado de conocimiento acerca de la figura de la enfermera de anestesia. Asimismo, se busca indagar en sus percepciones acerca de la misma.

Para ello, solicitamos su ayuda como persona experto/a para cumplimentar un cuestionario que hemos diseñado y que adjuntamos para que pueda visualizarlo antes de tomar una decisión.

En el caso de que su respuesta sea afirmativa, se garantiza el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Sepa que sólo serán leídas por el equipo de profesionales que trabajamos en este proyecto y utilizadas en la presentación de resultados y discusión.

Asimismo, mencionar que usted tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios.

Bajo las condiciones expuestas, accedo a participar en el estudio.

Firma participante

Firma Investigadores

La Laguna, junio de 2017.

### **III. ANTECEDENTES EN OTRAS INSTITUCIONES<sup>6</sup>**

- Clínica Universitaria de Navarra (pre, intra y postoperatorio)
- Hospital Obispo Polanco ,Teruel (pre, intra y postoperatorio)
- Hospital Fundación de Manacor. Mallorca (preanestesia)
- Hospital Son Dureta, Mallorca (preanestesia)
- Conjunto Hospitalario Torrecárdenas, Almería (preanestesia)
- Hospital Clínico, Barcelona (pre, intra y postoperatorio)
- Hospital Son Llatzer (pre, intra y postoperatorio)

---

<sup>6</sup>Listado extraído de la Sociedad Española de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor.



