

Nuberos Científica



MONOGRAFÍAS

Implantación de válvulas aórticas percutáneas

Elena Toribio Rodríguez

Hemorragia intraventricular e hidrocefalia en el recién nacido prematuro. Tratamiento y cuidados de enfermería

Sara Bringas Fuente, Alexandra Fuentes Gómez, Carolina Arellano Ordorica

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente

Ana Gómez Sánchez

El Mobbing en el trabajo. Hacer visible lo invisible

Yolanda Cobo Saiz

Violencia de género: un problema de salud actual

Marta Alfonsa Dehesa Fontecilla

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Control de vía aérea con Mascarilla Laríngea de Intubación Fastrach por el profesional de enfermería en el paciente politraumatizado adulto

Pablo Pérez Velasco

CARTAS AL DIRECTOR

AGENDA



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 2 NÚM. 11 NOVIEMBRE 2013-FEBRERO 2014

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º - SANTANDER
Tfnos. (942) 31 97 20 / 21 y 696 433 625
colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:

ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S.L.
Pol. Ind. de Guarnizo, parcela 4, naves 1 y 2
39611 GUARNIZO (Cantabria)
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66
www.imprentajmartinez.com

Revista indexada
en la base de datos



Impresión realizada con papel libre de cloro y procedente de árboles de talas controladas.



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de FECAN (Fundación de la Enfermería de Cantabria) y se publica con periodicidad cuatrimestral.

FECAN es la fundación creada por el Colegio de Enfermería de Cantabria dedicada a satisfacer las necesidades y condiciones de la profesión enfermera, así como a mejorar la calidad asistencial y organizativa de la sanidad, la salud y calidad de vida de los ciudadanos y a fomentar la participación de la sociedad en el autocuidado de su salud.

Protección de datos: FECAN declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Experta en Investigación de Cuidados. Asesora de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Ana Rosa Alconero Camarero

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Rocío Cardeñoso Herrero

Máster en Investigación de Cuidados. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

Mario Corral García

Director de la Biblioteca Marquesa de Pelayo. (Cantabria-España)

Pedro Muñoz Cacho

Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. (Cantabria-España)

Javier Velasco Montes

Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. (La Rioja-España)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Nuria Alonso Peña

Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Montserrat Carrera López

Diplomada en Enfermería. Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Cristina Dimoni PhD, MSc

Head Nurse. Cardiotoracic Surgery Dpt. University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

María Fuente Merino

Diplomada en Enfermería. Formación en Investigación. Unidad de Cuidados Intensivos Generales del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Miriam García Martínez

Diplomada en Enfermería. Experiencia investigadora. Unidad de Hemodiálisis del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Patricia López Calderón

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. (Cantabria-España)

Vanesa Martínez González

Graduada en Enfermería. Servicio de Medicina Interna del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Elena Rojo Santos

Diplomada en Enfermería. Acreditada para la realización de Revisiones Sistemáticas de la Joanna Briggs para los Cuidados Basados en la Evidencia. Área de Formación, Calidad, Investigación y Desarrollo Enfermería del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

María Cruz Santamaría Martínez

Diplomada en Enfermería. Palvelokoti Jokiranti Osasto Paju. Pori (Suomi-Finlandia)

NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de Enfermería y de la Salud, en general. Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegiados de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

NUMEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro, solicitándolo previamente a la dirección de la publicación y con mención expresa de la fuente.



FOTO PORTADA: VIOLENCIA DE GÉNERO
www.istockphoto.com

MONOGRAFÍAS

- 5** IMPLANTACIÓN DE VÁLVULAS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS
Elena Toribio Rodríguez
- 13** HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR E HIDROCEFALIA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO. TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Sara Bringas Fuente, Alexandra Fuentes Gómez, Carolina Arellano Ordorica

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- 21** INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADOR INFORMAL DEL ADULTO DEPENDIENTE
Ana Gómez Sánchez
- 27** EL MOBBING EN EL TRABAJO. HACER VISIBLE LO INVISIBLE
Yolanda Cobo Saiz
- 35** VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROBLEMA DE SALUD ACTUAL
Marta Alfonsa Dehesa Fontecilla

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- 41** CONTROL DE VÍA AÉREA CON MASCARILLA LARÍNGEA DE INTUBACIÓN FOSTRACH POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO ADULTO
Pablo Pérez Velasco
- 49** CARTAS AL DIRECTOR
- 50** AGENDA

Comienza el nuevo año 2014 y junto con él diversos planes e ilusiones. Entre ellas, la ilusión de seguir contando con todos aquellos que confían en esta revista Nuberos Científica (NC) que ha cumplido su publicación número 11.

Es una satisfacción contar con todos aquellos profesionales que tienen la inquietud de seguir descubriendo y generando nuevos ámbitos de conocimiento, con todos lo que cada día hacen posible que NC siga presente en la sociedad.

Es un honor comprobar que tras 11 publicaciones los profesionales de Enfermería de Cantabria y sus alrededores, además de todos los conocimientos que ya poseen, las destrezas que desarrollan, las capacidades que disponen y la nuevas situaciones a las que cada día se enfrentan, además de todo ello, tengan la inquietud de saber más, de descubrir más, de lograr un nivel de conocimientos superior en materias relacionadas con la salud y la enfermedad

en el amplio campo de los cuidados profesionales, todo ello, para mejorar la calidad de sistema sanitario público.

Han pasado 3 años desde el comienzo de la iniciativa y en esta edición, desde su Consejo de Redacción, su Consejo Asesor, la propia Dirección y, por supuesto, la Institución Colegial de Enfermería de Cantabria, donde nació y mantiene esta iniciativa, damos las gracias a todos por haberlo hecho posible; por la confianza y el respeto mostrado hacia todos sus equipos; por el interés científico en llegar más lejos y por demostrar a los ciudadanos que los profesionales de Enfermería buscan respuestas rigurosas y no se quedan solo con que perciben.

En definitiva, gracias a todos por este compromiso y la necesidad de alcanzar un óptimo nivel de conocimientos a través de la investigación y poder ofrecer a las personas unos cuidados de excelencia.

Vanesa Martínez

RESUMEN DE CONTENIDOS

MONOGRAFÍAS

Válvulas aórticas.- El objetivo principal de esta monografía es describir de forma holística el proceso de implantación percutánea de válvula aórtica, incluyendo una amplia descripción de la técnica, así como de los cuidados enfermería mediante el diseño de un plan de cuidados estandarizado, del mismo modo trata del abordaje multidisciplinar del procedimiento.

Hemorragia intraventricular e hidrocefalia en el recién nacido prematuro. Tratamiento y cuidados de enfermería.- Se trata de una monografía que aborda los cuidados de enfermería de la hemorragia intraventricular y la hidrocefalia en el recién nacido prematuro. Las autoras inciden en la importancia de las intervenciones enfermeras en la prevención y tratamiento, así como de los cuidados centrados en el desarrollo. Además realizan una descripción del manejo de los diferentes drenajes y proponen unas pautas de referencia para los/as enfermeros/as de los servicios de Neonatología.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente.- A través de una extensa revisión bibliográfica, en bases de datos de ciencias de la salud de reconocido solvencia y revistas de enfermería; la autora hace una descripción de la problemática de los "cuidadores no formales" de personas dependientes, a si como cita las intervenciones de enfermería posibles para instruir y aliviar, con el objeto llegar a un equilibrio entre el rol de cuidador y su rol personal.

El Mobbing. Hacer visible lo invisible.- Revisión bibliográfica realizada en 6 bases de datos que responde detalladamente los objetivos que se plantea y por lo tanto, resulta ser un texto de calidad.

El mobbing o acoso laboral es un tema importante que sufren algunas personas (profesionales o no) en su medio laboral y que puede revertir con graves consecuencia sobre la persona afectada y su familia, la institución de trabajo y la propia sociedad. Se trata de un tema poco estudiado en nuestro medio por lo tanto, este manuscrito, resulta novedoso, ilustrador y didáctico.

Violencia de género: un problema de salud actual.- Este artículo consiste en una revisión narrativa, resultado de un trabajo de fin de grado, sobre la violencia de género y su abordaje por parte de los profesionales de Enfermería, cuya proximidad con el paciente facilita la detección precoz, así como una temprana actuación.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Control de vía aérea con Mascarilla Laríngea de Intubación Fastrach por parte de enfermería en el paciente politraumatizado adulto.- Se trata de un sencillo trabajo de investigación enmarcado en un curso sobre transporte sanitario medicalizado de la Escuela Valenciana de Salud, en el que se pone de manifiesto la utilidad, eficiencia y fácil manejo de la mascarilla Fastrach como alternativa a otras técnicas existentes hasta la actualidad. Además, el trabajo pone en evidencia algunas capacidades de los profesionales en relación con la intubación y otras ventajas de esta herramienta.



Quirófano híbrido.

<http://existenciasdeluniverso.blogspot.com.es/2013/04/la-anestesia-ayer-y-en-la-actualidad.html>

Implantación de válvulas aórticas percutáneas

Autora:

Elena Toribio Rodríguez

*Enfermera del Área Quirúrgica del Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla.*

() Dirección para correspondencia:
etr9899@yahoo.es*

Recibido: Octubre 2013
Aceptado: Febrero 2014

RESUMEN

El aumento de la longevidad en la población y la prevalencia de las enfermedades degenerativas, la estenosis de la válvula aórtica se ha convertido en la segunda patología cardíaca tras la enfermedad arterial coronaria⁽¹⁾.

El recambio valvular aórtico como consecuencia de estenosis en el mundo occidental es notoriamente alto, este tipo de intervención quirúrgica implica un riesgo elevado en pacientes cada vez más ancianos y con numerosas patologías asociadas⁽²⁾.

La implantación de válvulas aórticas percutáneas es un paso más en el desarrollo de la cirugía cardíaca. Esta técnica consiste en la colocación de una prótesis valvular aórtica accediendo al corazón de manera mínimamente invasiva, lo cual no requiere de soporte circulatorio externo. Se realiza a través de acceso vascular o transapical, pudiéndose aplicar a pacientes que han sido descartados para la cirugía convencional.

El objetivo principal de esta monografía es describir de forma holística el proceso de implantación percutánea de válvula aórtica, incluyendo una amplia descripción de la técnica, así como de los cuidados enfermería mediante el diseño de un plan de cuidados estandarizado, con el fin de fomentar el abordaje multidisciplinar del procedimiento.

Palabras clave:

- Válvula aórtica.
- Atención de enfermería.
- Proceso de enfermería.
- Diagnóstico de enfermería.

ABSTRACT

Because of increasing population longevity Due to the increasing longevity of the population, and degenerative diseases prevalence, aortic valve stenosis has become the second cardiovascular pathology after coronary artery disease⁽¹⁾.

Aortic valve replacement due to because stenosis in the Western World is notoriously high, that means a high surgical risk in increasingly elderly patients with many associated pathologies⁽²⁾.

The percutaneous aortic valve implantation is a further step in Cardiac Surgery development. This technique lie consists in the implantation prosthesis aortic valve accessing at heart by minimally invasive way which does not need external circulatory support. It is performed by vascular or transapical access and can be applied to patients who have been dismissed for conventional surgery.

This monography's main objective consist in describe in a holistic way the percutaneous aortic valve implantation process, attaching a broad description of the technique, as well as nursing care by the means of the design of a standardized care plan in order to encourage a multidisciplinary approach of this procedure.

Keywords:

- Aortic valve.
- Nursing care.
- Nursing process.
- Nursing diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La implantación de una válvula aórtica percutánea se realiza cuando el paciente sufre una patología denominada estenosis aórtica severa. Si no se trata puede llevar a una insuficiencia cardíaca y aumentar el riesgo de muerte súbita⁽⁴⁾. Se estima una supervivencia media a los 5 años menor del 30%⁽³⁾.

Las causas de esta patología están relacionadas con la edad, la acumulación de depósitos de calcio en la válvula aórtica, radioterapia, medicamentos, antecedentes de fiebre reumática o colesterol alto. El tratamiento de elección es la sustitución de la válvula aórtica mediante cirugía con circulación extracorpórea⁽⁴⁾.

Se estima una mortalidad del 4% tras la cirugía; sin embargo esa cifra aumenta considerablemente cuando el paciente presenta factores de riesgo como edad avanzada o disfunción ventricular. A pesar de que la cirugía de recambio valvular con circulación extracorpórea tiene una experiencia de más de 40 años, no está exenta de riesgos y aún conlleva en los pacientes de alto riesgo una alta mortalidad y morbilidad perioperatoria⁽⁵⁾.

El elevado riesgo quirúrgico es la principal causa de que aproximadamente un tercio de la población mayor de 75 años con estenosis aórtica severa no reciba el tratamiento quirúrgico.

Pretendiendo minimizar el daño sufrido por el paciente se llevaron a cabo investigaciones desarrollando nuevos materiales y distintos accesos quirúrgicos para la realización de intervenciones cardíacas con un mínimo impacto sobre el paciente.

Recientemente se ha introducido una técnica denominada implantación de válvula aórtica percutánea o transcáteter (TAVI, por sus siglas en inglés: Transcatheter Aortic Valve Implantation), que ofrece un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo para las personas que padecen estenosis aórtica severa y que no son candidatas para la intervención a corazón abierto necesaria para la sustitución de la válvula aórtica.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir de forma holística el proceso de implantación percutánea de válvula aórtica.

Objetivos específicos:

- Definir el concepto de válvula percutánea o TAVI
- Describir los tipos de válvulas y los diferentes modos de implantarlas

- Describir del procedimiento y todos los recursos necesarios para su realización.
- Describir los cuidados de enfermería en el proceso de implantación.
- Diseñar un plan de cuidados estandarizados para guiar la práctica enfermera durante el proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es una monografía sobre las válvulas aórticas de implantación percutánea; una técnica de reciente implantación en nuestro país y en vías de desarrollo tanto en la formación como en la tecnología.

Para realizarla se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en: Pubmed, Google, Elsevier, Scielo.

1. DEFINICIÓN DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

Prótesis aórtica percutánea o TAVI (Transcatheter aortic valve implantation): Es una prótesis biológica que se introduce a través del sistema vascular y que sustituye el funcionamiento de la válvula aórtica degenerada colocándola sobre ella.

2. TIPOS DE PRÓTESIS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS Y MODOS DE IMPLANTACIÓN

Existen varios tipos de prótesis valvulares percutáneas desarrollados por distintas casas comerciales.

Actualmente sólo dos dispositivos poseen el sello de la Comunidad Europea (CE); la prótesis Edwards- Sapien TM y la prótesis CoreValve TM, recientemente adquirida por Medtronic Inc.

El resto de dispositivos valvulares se encuentran en ensayo clínico o en fase de desarrollo preclínico⁽³⁾.

Existen diferentes tipos de abordaje Transfemoral (anterógrada y retrógrada), transapical y trans-subclavia (todavía en desarrollo, y de gran dificultad técnica)⁽¹⁾.

Los primeros dispositivos percutáneos se implantaron por vía anterógrada y percutánea a través de la vena femoral. Es una técnica no exenta de complicaciones y de necesidad de gran pericia al tener que manipular largos catéteres y guías a través de las tortuosidades de los vasos sanguíneos⁽³⁾.

Por este motivo se desarrolló el implante retrógrado por la arteria femoral. La vía retrograda es técnicamente más fácil, pero cuenta con un gran inconveniente: la mayoría de los pacientes remitidos a este tipo de cirugía presentan aterosclerosis del sector ilio-femoral, siendo complicado e incluso imposible su abordaje⁽³⁾.

Como solución surgió una nueva vía de acceso, la vía transapical a través del ventrículo izquierdo mediante la práctica de una minitoracotomía anterior⁽³⁾.

Existen aspectos comunes a las distintas vías de acceso; precisan de preparación de los vasos femorales en previsión de la necesidad de soporte circulatorio (ECMO, Asistencia ventricular o circulación extracorpórea)⁽³⁾.

3. PROCEDIMIENTO Y RECURSOS PARA SU IMPLANTACIÓN

El procedimiento de implantación se realiza bajo taquicardia o estimulación ventricular rápida, precisando el implante de cables de marcapasos, ya sea percutáneo o epicárdico. El objetivo de esta estimulación es reducir el volumen sistólico al mínimo para evitar el movimiento o la migración de la prótesis durante su implantación. Para ello se deben conseguir frecuencias entre 170-200 latidos por minuto y la tensión arterial sistólica inferior a 60mmHg. Por la posibilidad de provocar una fibrilación ventricular al paciente se le colocan parches de desfibrilación adhesivos de modo preventivo antes de la intervención. La estimulación durará un máximo de 10 segundos para la dilatación valvular y no más de 20 segundos para el implante de la prótesis. La dilatación de la válvula nativa se realiza con un globo de 20x40mm⁽³⁾.

Tanto el estudio angiográfico como ecográfico ayudarán a la correcta colocación.

Se describen a continuación los modos de implantación más comunes en nuestro medio:

- *Vía femoral anterógrada:* La ventaja de esta vía es que es percutánea en su totalidad y puede llegar a realizarse bajo anestesia local. La válvula protésica se implanta sobre la nativa tras el paso de guías e introductores siguiendo la dirección del flujo sanguíneo, el paso transvalvular suele ser así más sencillo.

La principal complicación de esta vía es la lesión del velo anterior de la válvula mitral o el aparato subvalvular; lo que provocaría una insuficiencia mitral aguda y el colapso hemodinámico al paciente. Dadas las posibles complicaciones de este modo de implantación, está quedando en desuso a favor de retrógrado y transapical⁽³⁾.

- *Vía femoral retrógrada:* La vía de acceso es más rápida. También presenta riesgo de lesión vascular y pasar la válvula en sentido retrogrado es muy laborioso. Se comienza también con la colocación de guías femorales, en este caso dos arteriales y una venosa.

La guía arterial femoral por la que se realizará el procedimiento es dilatada de forma sucesiva con introductores y luego se realiza la dilatación valvular. El catéter con la prótesis se introduce hasta el anillo aórtico y se posiciona sobre la válvula nativa. No se deberían someter a este tipo de abordaje a pacientes con arterias de estrecho calibre o muy calcificadas, intervenciones femorales o ilíacas previas o cualquier malformación del arco aórtico y aorta.

- *Vía transapical:* Requiere anestesia general. Se preparan vasos femorales para posibles eventualidades. Se realiza minitoracotomía a nivel del 5º-6º espacio intercostal izquierdo. El pericardio es abierto longitudinalmente y suspendido mediante puntos de tracción que permiten un mejor acceso al ventrículo izquierdo. Se colocan los cables de estimulación epicárdicos en el ventrículo. Se realiza la punción en el ápex y se introduce una guía blanda con un introductor que llegara hasta la válvula nativa. Se pasa un globo para dilatar la válvula enferma, se retira el introductor y se comienza con la estimulación rápida o taquicardia extrema. A través de la guía se introduce la prótesis con su introductor. También se coloca con control angiográfico y ecográfico. Se cierra el ápex y la minitoracotomía dejando un drenaje torácico. Esta vía no puede ser de elección para

pacientes que hayan sufrido una cirugía de remodelado ventricular previa y/o calcificación pericárdica grave⁽³⁾.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA TÉCNICA

Las indicaciones para esta técnica son⁽³⁾:

- Pacientes con estenosis aórtica grave sintomática con área valvular menor de 1 cm² o menor de 0.6 cm²/m².
- Pacientes con edad en torno a los 80 años y mortalidad prevista por EuroScore mayor del 20% o STS mayor del 10% con cirugía convencional.
- Pacientes con edad mayor de 70 años y mortalidad perioperatoria prevista con EuroScore mayor del 15% con cirugía convencional.
- Pacientes con edad mayor de 65 años y una de las siguientes comorbilidades:
 - Cirrosis hepática.
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave.
 - Cirugía coronaria previa con injertos permeables.
 - Aorta de "porcelana".
 - Embolia pulmonar recurrente.
 - Insuficiencia cardiaca derecha.
 - Radioterapia mediastínica previa.
 - Enfermedad de tejido conjuntivo o quemaduras en tórax que contraindiquen una estereotomía.

Las contraindicaciones son⁽³⁾:

- Hipersensibilidad a algún componente de los usados en el procedimiento.
- Sepsis o endocarditis activa.
- Anillo aórtico menor de 20mm o mayor de 27mm para las autoexpandibles (muy limitado su uso hoy en día).
- Válvula bicúspide, porque impide la correcta expansión y tiene mayor riesgo de migración y/o fuga peri-protésica.
- Raíz aórtica de diámetro superior a 45mm para las autoexpandibles.
- Septo interventricular mayor de 17mm para la prótesis CoreValve TM.
- Calcificaciones voluminosas de los velos valvulares.
- Aneurisma de aorta.
- Ateroesclerosis grave del sector ilio-femoral.
- Infarto agudo de miocardio reciente (menos de un mes).
- Accidente cerebro-vascular reciente (menos de un mes).
- Insuficiencia mitral o tricuspídea grave con lesión de velos valvulares.
- Fracción de eyección menor del 20%.
- Presencia de trombos cardíacos izquierdos.
- Fibrilación auricular no controlada.
- Estenosis carotídea o vertebral superior al 70%.
- Gestación.
- Aclaramiento de creatinina menor de 20ml/min.
- Coagulopatía grave.
- Esperanza de vida menor de un año.

Es importante recordar que la selección de estos pacientes se realiza tras la exclusión de estos en las cirugías convencionales. El desarrollo de esta técnica de implantación valvular aórtica percutánea abre una puerta de tratamiento a este tipo de pacientes.

3.1. TECNOLOGÍA Y MATERIALES NECESARIOS

El procedimiento se realizara en un quirófano híbrido con posibilidad de radiodiagnóstico o en una sala de hemodinámica donde se incorporarán los útiles necesarios de un quirófano⁽⁶⁾.

El quirófano debe estar dotado con equipo de angiografía, ecografía transesofágica para poder visualizar en todo momento el procedimiento, además de un respirador adecuado, mesa quirúrgica radio-transparente, lámparas quirúrgicas, bisturí eléctrico, aspiradores y recuperador de sangre, mesas quirúrgicas...

El personal deberá llevar los equipos de protección personal obligatorios en el uso de rayos X (delantales plomados, protectores tiroideos plomados...)⁽⁶⁾.

Esta técnica deberá contar con la presencia de radiólogos, cardiólogos, cirujanos cardio-vasculares, anestesistas y enfermeras (hemodinamistas, quirúrgicas y perfusionistas).

Los profesionales implicados en el procedimiento forman un equipo multidisciplinar que deberá recibir una formación exhaustiva y un periodo de entrenamiento necesario para que la técnica sea exitosa para el paciente.

Los materiales necesarios son:

- Prótesis valvular de implantación percutánea TAVI.
- Guías, catéteres e introductores adecuados a la válvula.
- Equipo de ropa quirúrgica estéril para realizar el campo quirúrgico.
- Material fungible para la instrumentación del proceso: gasas, compresas, suturas, bisturís, cánulas de aspiración, vasseloops, grapas, apósitos, guantes...
- Instrumental quirúrgico: Instrumental vascular con pinzas de disección, tijeras, porta-agujas, separadores etc...
- Vías (periféricas y centrales), sondas naso-gástricas y vesicales, material de intubación (TOT, jeringa, laringoscopio, lubricante, esparadrapo...).

3.2. TÉCNICA QUIRÚRGICA

La disposición de materiales, su correcto funcionamiento y su esterilidad, será verificado por el equipo de enfermería previamente a la llegada del paciente.

El paciente será recibido por el equipo multidisciplinar y tanto los datos de la historia clínica, como la existencia de las pruebas diagnósticas necesarias para realizar la técnica (Rx de tórax, analítica, ecocardiograma...) serán comprobados.

Será informado por los miembros del equipo de las maniobras que se le van a realizar durante la monitorización (PANI, SatO₂, ECG, posteriormente PVC, PA) y la canalización de vías, para la perfusión de suero y hemoderivados si fuera preciso.

Se procede a la inducción anestésica y posterior intubación orotraqueal por el anestesista con la colaboración de las enfermeras. A continuación se le canalizaran vía arterial y venosa central, se sondará al paciente y se le colocará en posición quirúrgica (decúbito supino) con las protecciones necesarias.

En algunos hospitales con gran experiencia en el procedimiento pueden realizar la técnica por acceso femoral con anestesia local y sedación del paciente.⁽⁷⁾

Se le colocarán de manera preventiva palas adhesivas de desfibrilador.

Los componentes del equipo quirúrgico proceden al lavado aséptico y a la colocación del campo estéril. La enfermera instrumentista coloca el material necesario en una mesa de instrumentación quirúrgica y asiste al cirujano durante toda la técnica.

Implantación de válvulas aórticas percutáneas

Comienzan con la apertura en la zona inguinal, disecando hasta la exposición femoral, insertan los electrodos de marcasapas y guías que se introducirán hasta la válvula nativa, tras esto se insertan introductores para dilatar la futura entrada de la prótesis al sistema vascular. Después deslizan la prótesis a través de la guía hasta su destino, la válvula dañada o enferma del paciente. Se expande la prótesis con ayuda de un balón quedando anclada sobre la válvula nativa. Todo el proceso se realiza bajo control ecográfico y angiográfico.

Se retiran las guías, introductores y balón, y se cierran los accesos vasculares con suturas en "bolsa de tabaco", se realiza después un cierre por planos. La enfermera curará la incisión y tatará con apósitos estériles.

Si la técnica que se realiza es por vía transapical: la colocación del campo estéril se amplía hasta el tórax. Una vez colocadas las guías femorales (para prevenir eventualidades que puedan llevar a necesitar soporte circulatorio), se procede a hacer una minitoracotomía y colocar a través del ápex la prótesis, se provoca la expansión de la misma con el inflado de un balón intraluminal. Una vez asegurada su correcta colocación con el control radiológico y la ecografía transesofágica se procede a la retirada de guías e introductores y al cierre del ventrículo con suturas en forma de "bolsa de tabaco", también será necesario un cierre por planos. La enfermera procederá de la misma manera para la cura de la incisión. Se retira el campo quirúrgico y el instrumental utilizado.

El paciente será trasladado por el equipo a la unidad de cuidados intensivos cardiológicos, informando al nuevo equipo que le atenderá de los datos necesarios para su óptimo cuidado.



Figura 1. Introductor, balón y válvula percutánea.

4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La prevención de complicaciones potenciales, la atención a las necesidades alteradas y el fomento de la autonomía del paciente constituyen la base donde la enfermería desarrollará su trabajo.

Los cuidados de enfermería en pacientes que se someten a implantes percutáneos de prótesis valvular aórtica deben orientarse a tratar las alteraciones que puedan condicionar el procedimiento y las complicaciones asociadas a éste⁽⁸⁾, como el dolor, la hemorragia, las coagulopatías, el riesgo de infección etc...

La enfermera velará en todo momento por el bienestar del paciente controlando las variables internas y externas que ro-

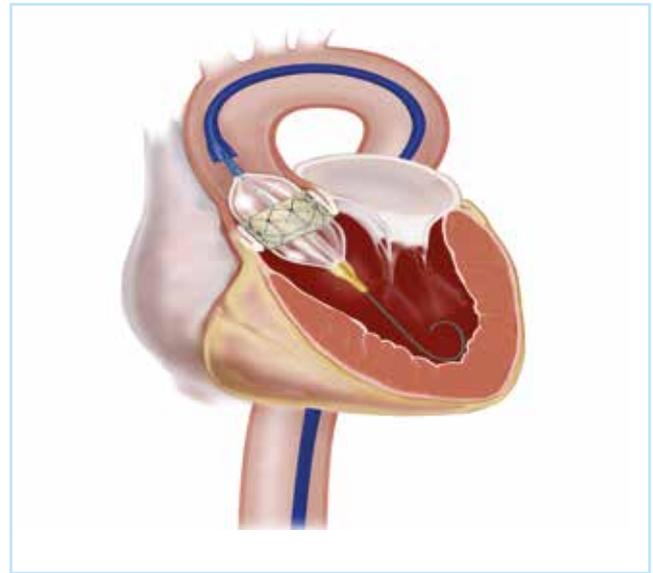


Figura 2. Colocación de la válvula vía femoral.

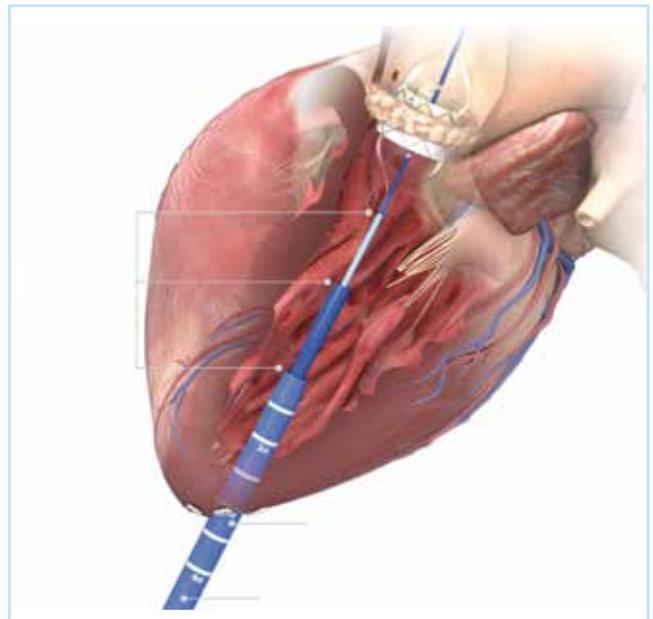


Figura 3. Colocación válvula transapical.

dean este tipo de cirugías y trabajará junto al resto de profesionales para lograr un procedimiento exitoso.

5. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS COMO GUÍA DE PRÁCTICA ENFERMERA

Se expone un plan de cuidados enfermero estandarizado, a través de diagnósticos NANDA referenciados, en el intraoperatorio del proceso de implante percutáneo:

00146: Ansiedad r/c cambio en el estado de salud

Objetivos NOC:

- 1402 Control de ansiedad

Intervenciones NIC:

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 4920 Escucha activa
- 5270 Apoyo emocional

Actividades de enfermería:

- Presentarse al paciente.
- Mantener una actitud cercana.
- Valorar sus necesidades y su estado emocional.

00126: Déficit de conocimientos r/c desconocimiento de la patología y la técnica

Objetivos NOC:

- 907 Procesamiento de la información
- 900 Capacidad cognitiva
- 1811 Conocimiento de la actividad prescrita

Intervenciones NIC:

- 5610 Enseñanza prequirúrgica
- 5380 Potenciar la seguridad

Actividades de enfermería:

- Informar al paciente de lo que se le va a hacer, resolviendo las dudas que tenga sobre el proceso.
- Realizar consulta preoperatoria.

00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Objetivo NOC:

- 1101 Integridad tisular: piel, membranas y mucosas
- 2002 Bienestar
- 1902 Control del riesgo

Intervenciones NIC:

- 3500 Control de presiones
- 3540 Prevención de úlceras por presión
- 3590 Vigilancia de la piel
- 2920 Precauciones quirúrgicas

Actividades de enfermería:

- Vigilar la colocación en la mesa quirúrgica, proteger zonas prominentes.
- Evitar contacto con zonas metálicas.
- Protección de Rayos X
- Protección ocular tras inducción anestésica.

00005: Riesgo de alteración de la temperatura corporal

Objetivos NOC:

- 800 Termorregulación
- 1902 Control del riesgo

Intervenciones NIC:

- 1380 Aplicación de calor/frío
- 3800 Tratamiento contra la hipotermia
- 3902 Regulación de la temperatura: intraoperatoria
- 4120 Manejo de líquidos
- 6680 Monitorización de signos vitales

Actividades de enfermería:

- Colocar manta térmica de aire caliente para controlar el riesgo de alteración de la temperatura.
- Utilizar calentador de fluidos para la administración endovenosa.

00004: Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo

Objetivos NOC:

- 6545 Control de la infección
- 1092 Control del riesgo
- 1807 Conocimiento: Control de la infección

Intervenciones NIC:

- 6550 Protección contra las infecciones
- 6545 Control de la infección: intraoperatoria
- 2900 Asistencia quirúrgica
- 3440 Cuidados del sitio de incisión

Actividades de enfermería:

- Comprobar integridad y esterilidad correcta de los materiales que se van a utilizar.
- Registrar la correcta trazabilidad.
- Recuento de gases, agujas, instrumental...
- Administrar bajo prescripción el antibiótico al paciente. Asegurar la integridad del campo quirúrgico y su asepsia.
- Colaborar con el cirujano en la colocación de batas, guantes, campo...
- Prever y anticiparse a las necesidades del procedimiento.
- Realizar una cura de la incisión tras el proceso y colocar un apósito estéril.

00087: Riesgo de lesión perioperatoria

Objetivos NOC:

- 401 Estado circulatorio
- 909 Estado neurológico
- 403 Estado respiratorio: ventilación
- 402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso
- 410 Estado respiratorio: permeabilidad vías respiratorias
- 407 Perfusión tisular periférica
- 802 Estado de los signos vitales
- 2402 Función sensitiva: propioceptiva

Intervenciones NIC:

- 4160 Control de hemorragias
- 4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánica
- 4104 Cuidados del embolismo: periférico
- 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar
- 4108 Manejo de la hipovolemia
- 4030 Administración de productos sanguíneos
- 4110 Precauciones en el embolismo
- 2620 Monitorización neurológica
- 4130 Monitorización de líquidos
- 6680 Monitorización de signos vitales
- 3350 Monitorización respiratoria
- 3160 Aspiración de las vías respiratorias
- 3320 Oxigenoterapia
- 3230 Fisioterapia respiratoria
- 2300 Administración de medicamentos
- 4140 Reposición de líquidos

Actividades de enfermería:

- Monitorización (ECG, Saturación de oxígeno, PANI, PVC, PA...).
- Control de diuresis.
- Monitorizar entradas y salidas de líquidos.
- Comprobación del correcto funcionamiento del respirador.

- Administración de la heparina prescrita.
- Observar signos y síntomas de complicaciones hemorrágicas.
- Monitorizar profundidad anestésica (BIS).
- Aspirar secreciones.

00025: Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos

Objetivos NOC:

- 600 Equilibrio electrolítico y ácido básico
- 601 Equilibrio hídrico
- 602 Hidratación
- 802 Estado de los signos vitales

Intervenciones NIC:

- 2000 Manejo de electrolitos
- 4030 Administración de productos sanguíneos
- 2300 Administración de medicación
- 2020 Monitorización de electrolitos
- 4200 Terapia intravenosa

Actividades de enfermería:

- Hemoterapia.
- Control de la administración de fluidos.

00033: Deterioro de la respiración espontánea r/c la anestesia

Objetivos NOC:

- 802 Estado de los signos vitales

Intervenciones NIC:

- 3350 Monitorización respiratoria
- 3300 Ventilación mecánica
- 3200 Prevención aspiración
- 2870 Administración de anestesia

Actividades de enfermería:

- Monitorizar al paciente.
- Ayudar al anestesista en todo el proceso.

00132: Dolor agudo

Objetivos NOC:

- 1605 Control del dolor
- 2101 Dolor: efectos nocivos
- 2102 Nivel del dolor

Intervenciones NIC:

- 1400 Manejo del dolor
- 2210 Administración de analgésicos

Actividades de enfermería:

- Administrar analgésicos bajo prescripción médica.
- Valorar signos y síntomas de dolor.

CONCLUSIONES

Las TAVI son un tipo de prótesis aórtica novedosa y mínimamente invasiva por su posibilidad de acceso percutáneo, gracias a esto que se reducen los riesgos de las cirugías convencionales de la circulación extracorpórea.

Es el tratamiento para los pacientes descartados para una cirugía tradicional, y gracias a su rápida recuperación postquirúrgica y la mejora en la calidad de vida, ha tenido un gran éxito.

Como técnica emergente, aún necesita formación y entrenamiento de los profesionales involucrados en el proceso.

Superada la curva de aprendizaje y mejorando la tecnología, especialmente la durabilidad de las prótesis, supondrá una alternativa segura y fiable para muchas personas que no recibirían tratamiento quirúrgico, por su comorbilidad o el alto riesgo que este supone para ellos.

Los resultados obtenidos, avalados por estudios de prestigio, están planteando numerosos interrogantes y comparaciones respecto a la cirugía convencional de recambio valvular aórtico (costes, calidad de vida, esperanza de vida, morbilidad perioperatoria...) especialmente tras observar que la técnica es efectiva en pacientes de alto riesgo, por lo que se plantean hipótesis con resultados favorables en pacientes más jóvenes, con menor morbilidad, que actualmente son tratados mediante cirugía convencional.

Cabe destacar que la enfermería aporta una visión holística a la técnica, siendo su papel esencial en el proceso de implantación, colaborando con el equipo médico y proporcionando los cuidados específicos enfermeros al paciente, para que éste recupere un óptimo estado de salud tras la implantación valvular.

La colaboración de la enfermería en el proceso quirúrgico y la realización de estudios que avalan la técnica, hace que se consolide día a día nuestra identidad profesional en este ámbito laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Clínica Universitaria de Navarra [Internet]. *Válvulas aórticas percutáneas* [2013 Marzo]. Disponible en: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/cirugia-cardiaca/valvulas-aorticas-percutaneas>.
- 2.- Battellini R, Walter T, Kempfert J, Borger M, Schuler S, Linke A, et al. Implantación transapical de la válvula aórtica. *Revista Argentina de Cardiología* [Internet]. 2009 Abr [2013 Marzo]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482009000200005.
- 3.- Gomar C, Mata MT, Pomar JL. *Fisiopatología y técnicas de circulación extracorpórea*. 2ª Edición. Barcelona: Ergon; 2012.
- 4.- Medtronic [Internet]. *Enfermedad cardíaca*. [2013 Marzo]. Disponible en: <http://www.medtronic.es/su-salud/enfermedad-cardiaca/acceder-terapia/reemplazo-valvula-aortica/en-que-consiste/index.htm>.
- 5.- Aquiles R. *Revista científica hospital el cruce* [Internet]. [2013 Marzo]. Disponible en: www.hospitalelcruce.org/revi9/reemplazo-valvular.pdf.
- 6.- Montesinos SC. *Sustitución valvular aórtica transapical: implicaciones anestésicas*. Trabajo de Investigación. Departamento de Cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona [Internet]. 2011. [2013 Marzo]. Disponible en: http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/172130/TR_MontesinosFadrique.pdf.
- 7.- Pazos V, González C, Paz MI, Losada T. Procedimientos Intervencionistas Valvulares Percutáneos. Valvuloplastia aórtica y pulmonar. En Argibay V, Gómez M, Jiménez R, Santos S, Serrano C. *Manual de enfermería en cardiología intervencionista*. Asociación española de enfermería intervencionista [Internet]. [2013 Marzo] p. 175- 182. Disponible en: www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=3982
- 8.- Méndez J, Gil R, Millán FJ, Macías I, De Prada G, Carrasco R, et al. Implante percutáneo de prótesis valvular aórtica. *Revista Enfermería en cardiología* [Internet]. 2010 Abr [2013 Marzo]; 49. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/49_07.pdf.



INVESTIGACIÓN

Una **APUESTA** para la Enfermería,
un **COMPROMISO** para el Colegio



AULA DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Ayuda y colaboración a los colegiados que deseen realizar o estén desarrollando trabajos o proyectos de investigación en cuidados.

- Formación para desarrollar investigación en cuidados.
- Apoyo a través del Premio de Investigación.
- Divulgación a través de la revista Nuberos Científica.
- Apoyo a través de la Asesoría Científica.
- Acceso a bibliotecas presenciales y virtuales.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



www.istockphoto.com

Hemorragia intraventricular e hidrocefalia en el recién nacido prematuro. Tratamiento y cuidados de enfermería

Autoras:

Sara Bringas Fuente

Alexandra Fuentes Gómez

Carolina Arellano Ordorica

*Diplomadas en Enfermería.
Servicio de Neonatología del Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla, Santander,
Cantabria (España).*

() Dirección para correspondencia:
sarabringas@hotmail.com*

Recibido: Octubre 2013

Aceptado: Enero 2014

RESUMEN

En esta monografía se ofrece una visión, desde el punto de vista enfermero y los cuidados centrados en el desarrollo, de una de las patologías relativamente frecuentes en el recién nacido prematuro (RNPT) menor de 28 semanas y de 1500g, la hemorragia intraventricular (HIV).

El objetivo principal de este artículo es resaltar la importancia del rol de enfermería tanto en la prevención primaria de la HIV del RNPT, como en la aplicación de los cuidados específicos para evitar o reducir su progresión, en el supuesto caso de la aparición de hidrocefalia.

En el artículo, se actualizan los cuidados de enfermería en la prevención de la HIV, incorporando los cuidados centrados en el desarrollo (NIDCAP), se describen los distintos tipos de catéteres ventriculares utilizados como tratamiento de la hidrocefalia y su correcto manejo y se proponen pautas que sirvan de referencia a los enfermeros/as que manejan este tipo de dispositivos en las unidades neonatales para prevenir y detectar complicaciones en recién nacidos con drenajes ventriculares.

Para conseguirlo, se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos y se revisaron protocolos de otras unidades. La mayoría de bibliografía encontrada está dedicada al paciente pediátrico o adulto, por lo que se vio la necesidad de establecer unas pautas de actuación en el recién nacido pretérmino.

Palabras clave:

- Hidrocefalia.
- Hemorragia cerebral.
- Recién nacido prematuro.
- Drenaje.
- Líquido cefalorraquídeo.

ABSTRACT

In this monograph we offer an overview on Hydrocephalus as a result of an intraventricular haemorrhage (IVH) from the nurse point of view and developmental care. This is one of the prettiest common pathologies in preterm infants with gestational age less than 28 weeks and birth weight less than 1500g.

The main aim of this article is to emphasize the important role of nurse in both primary preventing IVH in preterm infants and the implementation of specific cares in order to prevent or reduce its progression in case of the onset of the hydrocephalus.

In the article, IVH nursing cares are to update, including good developmental cares (NIDCAP= Newborn Individualized Care and Assessment Program). It is described the different types of ventricular catheters used in treating hydrocephalus and its correct use. Besides it is suggested guidelines which serve as a reference for nurses whose jobs include handling these devices in neonatal units in order to prevent and detect complications in newborn infants with external ventricular drain.

In order to achieve this, bibliographic search in different databases was made as well as protocols from other units were reviewed. Most of the literature founded was based on pediatric or adult patients, for this reason it became necessary to provide guidelines for preterm newborn.

Keywords:

- Hydrocephalus.
- Cerebral Hemorrhage.
- Infant, premature, diseases
- Drainage.
- Cerebrospinal fluid.

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia intraventricular (HIV), es la principal complicación neurológica en los recién nacidos prematuros y constituye un problema muy importante en su neurodesarrollo, puesto que la mayoría de las lesiones cerebrales son dependientes de ella⁽¹⁾.

La HIV consiste en un sangrado de la matriz germinal y las regiones periventriculares del cerebro, se clasifica según los hallazgos ecográficos y la presencia de sangre en los distintos compartimentos. Se distinguen cuatro grados (figura 1):

- Grado I: La hemorragia está ubicada en la matriz germinal, sin hemorragia intraventricular.
- Grado II: El sangrado es intraventricular y ocupa entre el 10% y el 50% del ventrículo, pero no hay dilatación del mismo.
- Grado III: El sangrado intraventricular es mayor del 50% y si hay dilatación de dicho ventrículo.
- Grado IV: Existe hemorragia con extensión al parénquima cerebral⁽²⁾.

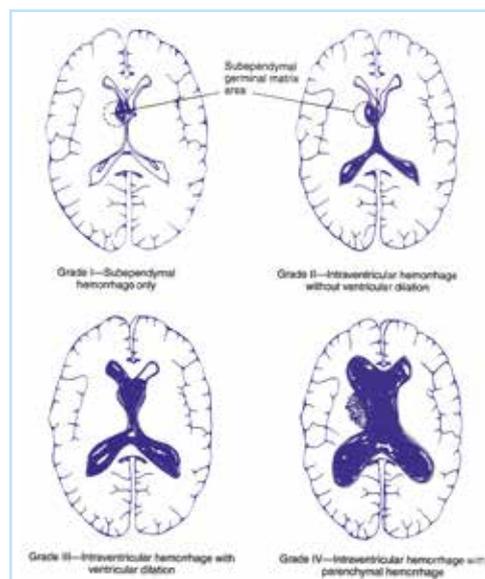


Figura 1. Grados de hemorragia ventricular.

El origen de las HIV es multifactorial, pudiendo influir la edad gestacional, el trabajo de parto prolongado, la falta de maduración pulmonar y los eventos hipóxicos; aunque los factores de riesgo más destacables son los hemodinámicos, tales como las fluctuaciones en el flujo sanguíneo cerebral (FSC). En dichas fluctuaciones influyen⁽¹⁾ entre otras, el tipo de ventilación mecánica, la aparición de neumotórax, las convulsiones, las expansiones rápidas de volemia y fluctuaciones de la tensión arterial, las distintas manipulaciones y procedimientos dolorosos y la administración de fármacos con acción directa sobre el FSC.

Una vez producida la HIV, el objetivo será evitar la progresión de la misma, así como vigilar las complicaciones, en concreto el desarrollo de hidrocefalia.

El riesgo de que se produzca hidrocefalia en una HIV de grado I es prácticamente nulo, en una HIV de grado II aproximadamente el 25% la desarrollarán, aumentando el porcentaje a un 80% en una HIV de grado III y a un 100% en las hemorragias de grado IV⁽³⁾.

La hidrocefalia se define como el aumento de volumen o presión de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el cerebro por una producción excesiva, por obstrucción o mala circulación del mismo⁽⁴⁾. Las causas se pueden dividir en:

Causas prenatales: Son las que producen la denominada hidrocefalia congénita y pueden ser de origen malformativo (estenosis del conducto de Silvio, malformación de Dandy-Walker, malformación de Arnold Chiari tipo II etc.), infecciosas (toxoplasmosis, citomegalovirus...) y vasculares (lesiones de tipo isquémico).

Causas postnatales: Son las más comunes y pueden ser debidas a lesiones que generan compresión de las vías del LCR (tumores, quistes...), a hemorragias (las más frecuentes en los recién nacidos prematuros (RNPT), principalmente por prematuridad) y a meningitis (la causa infecciosa más frecuente son las infecciones por gram negativo)⁽⁵⁾.

El cuadro clínico de la hidrocefalia es el de la hipertensión endocraneal. En neonatos o RNPT los síntomas que se pueden evidenciar de ello son: apneas, decaimiento, sueño, irritabilidad, vómitos, fontanela tensa, dehiscencia de suturas, resalte de las venas epicraneales (cabeza de medusa), ojos en sol poniente (como consecuencia de la compresión del tercer ventrículo sobre los tubérculos cuadrigéminos), convulsiones y macrocefalia⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁾.

Para su diagnóstico se tiene en cuenta el cuadro clínico, el aumento de perímetro cefálico, la dehiscencia de suturas (fontanela llena), la ecografía transfontanelar (que es el método de elección puesto que es no invasivo y no ionizante), la resonancia magnética y la eco doppler transfontanelar para el estudio de la circulación cerebral⁽⁵⁻⁸⁾.

En el tratamiento, se utilizan los distintos tipos de drenajes que se explican con más detalle en este trabajo.

En la década de los 70', la incidencia de HIV en los recién nacidos menores de 1500 g era de un 40-50%; actualmente se puede cifrar en torno a un 20%. La incidencia en recién nacidos de muy bajo peso ha disminuido en las últimas décadas pero, al haber aumentado su supervivencia, continúa siendo un problema importante, aunque se ha observado una disminución de las formas más graves de hemorragias (grados III y IV) y de las lesiones asociadas.

La HIV es más frecuente en los primeros cuatro días de postparto, y en recién nacidos prematuros de menos de 28 semanas de gestación. Asimismo, el 20% de las hemorragias aparecen en la primera hora de vida, y un 60% durante las 6 horas siguientes. De estos, el porcentaje que desarrollará hidrocefalia será del 50%, y un 15% de estos precisará sistemas de derivación permanentes⁽²⁻⁹⁾.

La mortalidad en los RNPT con una hemorragia de grado IV es elevada, y se cifra entre un 50-80%⁽⁹⁾.

Dada la importancia de este tema y la falta de protocolos, en el caso de los RNPT, unido al incremento de los partos prematuros con el consiguiente riesgo de aparición de HIV y el aumento de casos de hidrocefalia en los últimos años en nuestra unidad, se ha planteado la búsqueda de información científica con el fin de elaborar nuevas propuestas, encaminadas a mejorar la práctica clínica en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Con la aplicación de dichas propuestas, bajo criterios comunes de todos los profesionales de la unidad, se espera conseguir un óptimo neurodesarrollo del recién nacido, obteniendo como resultado un beneficio social, reducción de los costes sanitarios y satisfacción de los profesionales.

OBJETIVOS

El objetivo principal es resaltar la importancia del rol de enfermería tanto en la prevención primaria de la HIV del RNPT, como en la aplicación de los cuidados específicos para evitar o reducir su progresión, en caso de la aparición de hidrocefalia.

Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Actualizar los cuidados de enfermería en la prevención de la HIV, incorporando los cuidados centrados en el desarrollo (NIDCAP).
- Describir los distintos tipos de catéteres ventriculares utilizados como tratamiento de la hidrocefalia en el RNPT, su correcto manejo y los procedimientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de esta monografía se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: UpToDate, Cuiden, Pubmed/Medline, usando como palabras clave hidrocefalia, hemorragia cerebral, recién nacido prematuro, y líquido cefalorraquídeo, tanto en castellano como en inglés y se seleccionaron aquellos artículos más adecuados para los objetivos.

Se revisaron también distintos protocolos de varias unidades en España, como el hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva, el hospital Vall d'Hebron en Barcelona y del Servicio Aragonés de Salud, dichos protocolos están enfocados al adulto, puesto que la bibliografía en el RNPT es escasa.

Además se ha tenido en cuenta la propia práctica clínica de enfermería y se han unificado criterios con otros profesionales como neurocirujanos y neonatólogos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

ACTUALIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIV

La enfermería profesional tiene un papel importante en la prevención de las HIV en el recién nacido prematuro, centrado en velar por el confort del bebé y en realizar unos óptimos cuidados. Algunos procedimientos y tratamientos de rutina en la unidad de cuidados intensivos neonatales se asocian con fluctuaciones en la presión arterial y presión venosa central con el riesgo de HIV. Por tanto el evitar fluctuaciones bruscas de la presión arterial, presión venosa central y volumen sanguíneo puede disminuir la incidencia y severidad de la HIV.

Para ello, es importante la implementación de protocolos de "Manipulación Mínima" en los menores de 1000 g, basándose en los cuidados descritos en la filosofía del NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)⁽¹⁰⁾ (ANEXO I) como son las modificaciones ambientales (luz, ruido... etc), los cuidados posturales, la contención y succión no nutritiva durante procedimientos y la estructuración de las intervenciones (las manipulaciones serán más frecuentes durante el día y más espaciadas por la noche, el resto del tiempo la observación será por métodos no invasivos)⁽¹¹⁾.

La enfermera neonatal tiene un rol muy importante en la disminución de hemorragias intracraneales, implementando buenas prácticas clínicas orientadas a la prevención de la enfermedad. Tales son:

- Si el RNPT tiene menos de 28 semanas, al nacimiento, se utilizarán bolsas de plástico de 3 a 4 litros de capacidad para introducir al niño del cuello hacia abajo, sin secarle la piel. Esta práctica evita el estrés que provoca el secado vigoroso y el tiempo que se demora en cambiar los paños húmedos⁽³⁾.
- Ajustar la concentración de oxígeno según la saturación del bebé para disminuir las situaciones de hipoxia y a su vez evitar manipulaciones⁽³⁾.
- Vigilar y controlar los signos vitales como aumento o disminución de la tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC) y de la presión parcial de oxígeno (PO₂), y así, evitar o detectar precozmente patologías que puedan afectar al flujo sanguíneo cerebral⁽³⁾.
- Mantener al recién nacido en un ambiente térmico neutro puesto que con la hipotermia se produce un aumento del consumo de oxígeno y glucosa⁽³⁾. Evitar abrir incubadoras y aumentar la temperatura ambiental antes del aseo del bebé; si no hay otra opción que abrir la incubadora, intentar que la pérdida de calor sea la menor posible.
- Evitar procedimientos que alteren la TA sistémica como la administración de medicamentos en bolo rápido, extracciones rápidas de sangre a través de catéter umbilical y procedimientos dolorosos. En algunos estudios, se ha comprobado que cuando la extracción de sangre de catéter arterial se realiza en 20 segundos de duración, se produce una disminución de la saturación de oxígeno (SpO₂) y de la oxigenación de los tejidos y una disminución del FSC. Si la misma técnica se realiza en 40 segundos, no se encuentran dichas alteraciones⁽¹⁸⁾.
- Detectar precozmente de signos y síntomas de repercusión hemodinámica debido al ductus permeable.

- Detectar y tratar el dolor y el estrés; realizando intervenciones sólo cuando sea necesario, evitando rutinas. Cuando se vaya a realizar un procedimiento doloroso, ofrecer sacarosa dos minutos antes y contener confortablemente al RNPT.
- No despertar al RNPT bruscamente, facilitando la transición gradual del sueño a la vigilia, hablándole antes de iniciar alguna intervención.
- Cuidados posturales: Colocar en plano inclinado (no más de 30°) y con la cabeza en línea media para evitar el aumento de presión intracraneal. Si el RNPT tiene un sistema de ventilación no invasiva (NCPAP: Nasal Continuous Positive Airway Pressure), no apretar el gorro, puesto que las estructuras óseas de la cabeza del RNPT son muy blandas⁽³⁾.

TIPOS DE DRENAJE VENTRICULAR

Reservorio OMMAYA

El reservorio Ommaya es un dispositivo mediante el cual se pueden hacer extracciones de LCR o administrar medicación intratecal.

Consta de dos partes, un reservorio de plástico en forma de cúpula que se coloca debajo del cuero cabelludo en el tejido subcutáneo y un catéter que sale del reservorio y se inserta en un ventrículo cerebral. Su colocación en neonatos está indicado para evitar las punciones lumbares repetidas o bien como paso intermedio hasta la colocación de un drenaje ventrículo-peritoneal, debido al bajo peso del recién nacido (indicado por debajo de 1500g).

La extracción de LCR de estos reservorios se hace mediante punción del mismo de forma periódica cada 48 horas o bien dependiendo de la presión intracraneal y/o la clínica del neonato⁽³⁾.

La extracción de líquido, en la Unidad neonatal del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se realiza de la siguiente manera:

1. Se realiza por el neurocirujano.
2. Antes del procedimiento se valorará junto con el neonatólogo si es necesario algún tipo de contención/sedación o administración de sacarosa.
3. Comprobar la correcta monitorización del RN y vigilar durante la extracción.
4. Se desinfecta la zona con clorhexidina acuosa al 0.5%.
5. De forma aséptica se punciona el reservorio con una aguja de insulina o del menor tamaño posible para evitar erosionar la piel, conectada a una jeringa de 10cc o menor, dependiendo del líquido que se prevea que se va a extraer.
6. Se aspira muy lentamente, vigilando las constantes vitales del bebé, extrayendo la cantidad de LCR deseada a un ritmo lento y constante.
7. Al retirar la aguja, se presiona ligeramente en el punto de punción para evitar salidas de LCR.
8. Se desinfecta de nuevo la zona y se cubre con un apósito apropiado (apósito de gasa transpirable) para valorar las pérdidas de LCR.
9. Tras la extracción, se deben vigilar las constantes vitales (FC, SpO₂ y TA) y valorar la situación neurológica del bebé, como aparición de movimientos anómalos.

Entre las complicaciones más señaladas de este tipo de reservorios se encuentran la obstrucción del sistema (20%), infección (8%), y desplazamiento del catéter. También se han descrito otras tales como la dehiscencia de la herida (12%) y las fístulas de LCR (15%).

Dentro de las complicaciones del reservorio se pueden incluir los síntomas derivados de una oscilación de la presión intracraneal, debido a que la extracción de LCR no es constante (2-7).

Los cuidados de enfermería en pacientes con el reservorio Ommaya son similares a los de un recién nacido sometido a una punción lumbar, exceptuando la cura de la herida quirúrgica. Se resumen en:

- Vigilar signos de infección tales como enrojecimiento, fiebre o secreción en el sitio de punción.
- Medir el perímetro cefálico del bebé cada 24-48 horas y observar el estado de las fontanelas (normotensas, a tensión o hundidas).
- Monitorizar las constantes vitales, prestando especial atención tras las extracciones de líquido cefalorraquídeo.
- Curar la herida con clorhexidina acuosa y cambiar el apósito mediante una técnica aséptica cada 48 horas o cuando se realice la extracción de líquido, a no ser que se produzca un manchado del apósito o que se despegue por sí solo.
- Vigilar la situación neurológica del paciente, observando movimientos anómalos, postura, y notificando cualquier cambio.
- Acompañar y apoyar a la familia del bebé en el proceso, proporcionándoles una información adecuada de la situación del bebé.(3)

Drenaje ventricular externo

La derivación al exterior permite preservar el parénquima cerebral en niños muy pequeños que presentan hidrocefalia, mientras alcanzan el peso adecuado para la colocación de un reservorio o de una derivación (3).

El sistema de drenaje ventricular externo es un catéter ubicado en el espacio intraventricular conectado a un sistema recolector externo que permite drenar el LCR. Consta de 2 componentes (figura 2):

- Catéter intraventricular largo y tunelizado.
- Sistema de recolección de líquido, que debe ser cerrado, con gotero y receptáculo no colapsable, con válvula antirreflujo y filtro antibacteriano. Este sistema a su vez debe constar de:
 - Llave de tres vías para extracción de LCR y administración de medicación.
 - Clips en la línea para el cierre del drenaje.
 - Válvula antirreflujo unidireccional.
 - Bolsa colectora de material no colapsable, graduada y con llave de paso.
 - Filtros antimicrobianos a la entrada y a la salida de la bolsa colectora (12, 13).

Los cuidados de enfermería de pacientes con este tipo de drenajes son esenciales para evitar y detectar posibles complicaciones, y todo el personal de la unidad debe de seguir un protocolo adecuado para la manipulación del drenaje.

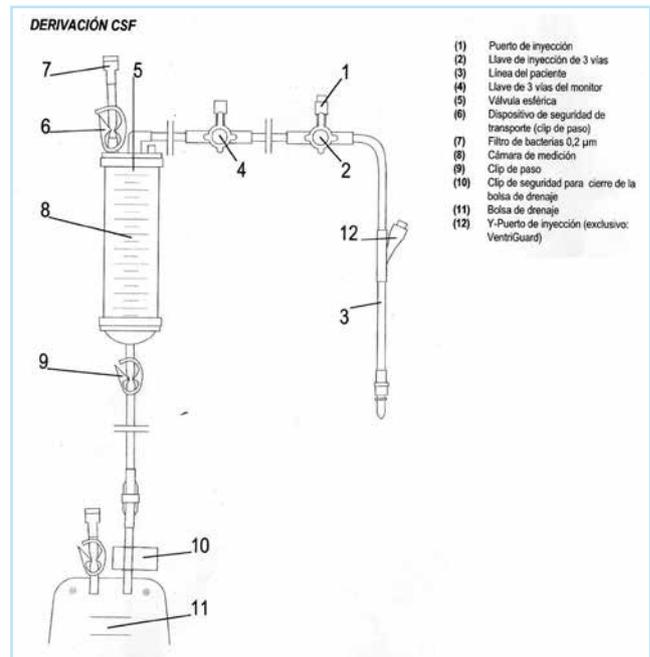


Figura 2. Sistema de drenaje ventricular externo Neuromedex^R

Las recomendaciones son las siguientes (14-15):

- Manipular el sistema lo mínimo posible.
- Extremar condiciones de asepsia previamente a su manipulación (higiene de manos, guantes estériles y mascarilla).
- Colocar y fijar correctamente la cámara de goteo:
- Sistema a 0 tomando como punto de referencia el orificio auditivo externo y plano horizontal.
- Bloquear la altura de la incubadora o cuna térmica.
- La altura del sector proximal de la cámara de goteo ("level") estará determinada por criterio médico.
- Colocar la bolsa de recogida por debajo del nivel del paciente y vaciar cuando llene ¾ partes o presente deterioro, respetando la asepsia.
- Curar punto de inserción cada 24 h. o cuando se manche o deteriore el apósito. Usar preferiblemente apósito transparente para detectar posibles fugas de LCR.
- Vigilar posición, fijación y que no se acode para evitar salidas accidentales.
- Se recomienda cambiar sistema de drenaje de líquido cada 4-5 días.
- Vigilar presencia de coágulos o detritus en LCR (en tal caso, avisar al neonatólogo y si es preciso, con técnica aséptica y guantes estériles, infundir suero salino fisiológico (SSF) con una jeringa a través del sistema con el drenaje cerrado al paciente para lavar el recorrido.)
- Registrar débito, aspecto y color del LCR una vez por turno.
- Medir perímetro cefálico cada 24 horas y vigilar depresión o abombamiento de la fontanela.
- Mantener drenaje abierto excepto ante una movilización del paciente o por orden médica.
- Prevenir úlceras por presión, realizando cambios posturales o utilizando apósitos protectores.

- Si se moviliza el paciente, hacer de nuevo el 0 del sistema y comprobar altura del drenaje con las órdenes médicas. Minimizar estímulos ambientales excesivos.

Habitualmente, en los pacientes de neonatología con este tipo de drenajes, se administra antibiótico intratecal de manera profiláctica y como tratamiento en caso de infección. El procedimiento es el siguiente ⁽¹³⁾:

- Lavar el bioconector más cercano al paciente con alcohol 70%.
- Extraer lentamente una cantidad de LCR equivalente a la dosis de medicación teniendo en cuenta que una vez administrada hay que lavar el circuito con SSF, para no alterar la presión intracraneal.
- Administrar la medicación diluida en SSF estéril con el mínimo volumen posible.
- Administrar la cantidad de SSF calculada para lavar el sistema y no alterar la PIC (presión intracraneal).
- Cerrar el circuito como mínimo 1 hora para su adecuada distribución.

En cuanto a la toma de muestras de LCR, no se tomarán muestras de rutina, sólo si se sospecha infección.

Para el procedimiento es necesario higiene de manos, mascarilla y guantes estériles. Se realiza la limpieza y desinfección del punto de extracción más proximal al catéter y se extrae lentamente para evitar colapso ventricular ⁽¹⁴⁾.

Las complicaciones más frecuentes son riesgo de infección, obstrucción del catéter y sección del catéter o salida accidental ^(5,12).

Drenaje ventricular peritoneal

La derivación ventrículo-peritoneal de LCR puede constituir en muchos casos la mejor opción de tratamiento en hidrocefalia posthemorrágica del prematuro ⁽⁷⁾.

El tratamiento consiste en derivar el LCR desde la cavidad ventricular hacia cualquier otra cavidad con capacidad estructural para la absorción. La derivación a la cavidad peritoneal es el método de elección, ya que el peritoneo tiene una gran capacidad de absorción y la cantidad de LCR que se produce a diario es devuelto con facilidad a la circulación sanguínea. Esta derivación se realiza por medio de un sistema de catéteres de material plástico, que poseen un dispositivo que permite el flujo en un solo sentido (válvula) y que éste se produzca solamente a partir de una determinada presión intraventricular ⁽⁵⁾.

Para su colocación se realiza una intervención que consiste en practicar una punción ventricular transfontanelar e introducir el extremo proximal de la derivación. El extremo distal se dirige hasta la pared abdominal de manera subcutánea, teniendo en cuenta el aumento futuro de la talla del neonato a la hora de elegir la longitud del catéter (figuras 3 y 4).

Las complicaciones de este tipo de drenaje son:

- Infección: generalmente causada por estafilococo epidermidis y relacionado con la adhesividad de materiales plásticos.
- Obstrucción mecánica del sistema.
- Peritonitis, ascitis del LCR.
- Hernias inguinales.
- Desconexión y/o migración de la derivación a otra cavidad.

Hiperfunción o hipofunción ⁽⁵⁻⁸⁾.



Figura 3. Cateter ventriculoperitoneal en zona parietal.



Figura 4. Herida quirúrgica en abdomen tras inserción de catéter ventriculoperitoneal.

Los cuidados de enfermería en un paciente neonatal con drenaje ventrículo peritoneal son los siguientes:

- Vigilar los signos y síntomas de infección (enrojecimiento, fiebre, irritabilidad, decaimiento...)
- Medir el perímetro cefálico cada 24 horas.
- Medir el perímetro abdominal cada 24 horas y vigilar la distensión abdominal y restos gástricos.
- Colocar al bebé sobre el plano no operado en las primeras horas/días según indicación médica, y en un plano de 15 a 30 grados para prevenir la pérdida excesiva de líquido.
- Vigilar el estado neurológico: irritabilidad, decaimiento, nistagmus, hipotonía/hipertonía, llanto agudo.
- Curar la herida quirúrgica cada 48 horas con clorhexidina acuosa al 0'5% con técnica aséptica.
- Vigilar el normal funcionamiento de la válvula (valorando el estado de las fontanelas, monitorizando la diuresis...)
- Vigilar la hinchazón alrededor de la válvula o alrededor de la sonda que va desde la válvula hasta el abdomen.
- Fomentar el contacto de los padres con el bebé en la medida de lo posible ⁽¹⁵⁾.

DISCUSIÓN

Llama la atención, que la búsqueda bibliográfica ha revelado la escasez de investigaciones sobre el tema de la HIV y los drenajes ventriculares en el RNPT.

La mayor parte de las referencias son dirigidas al paciente adulto, no teniendo en cuenta las peculiaridades en el RNPT que hacen necesaria la modificación de algunos de los cuidados para adaptarlos a ellos.

A pesar de que los cuidados de enfermería puedan parecer similares a los de un paciente adulto, resulta de especial importancia añadir a esos procedimientos los cuidados específicos del RNPT basados en el desarrollo y en el NIDCAP, con su aplicación rigurosa mejoraría de manera sensible la prevención de las HIV y sus complicaciones a largo plazo.

En cuanto a los artículos revisados, se encontraron diferencias a la hora de colocar al paciente con un drenaje ventricular externo. Hay autores⁽¹³⁻¹⁴⁾ que ven la necesidad de colocarlo en un plano inclinado, elevando la cabecera de la cama 30°, y otros⁽⁹⁻¹²⁾ que no refieren nada acerca de la postura. La mayoría⁽⁵⁾ fundamentan que la posición de Fowler disminuye el retorno venoso y el gasto cardíaco provocando así descenso en la presión de perfusión cerebral. Otros⁽¹¹⁻¹⁷⁾ indican que las modificaciones del retorno venoso por la laterización del cuello y compresión de las venas yugulares con la gasa que sujeta los tubos endotraqueales también influyen en aumento de la PIC (presión intracraneal).

En nuestra Unidad, los tubos en el neonato se sujetan con esparadrapo en los labios superior e inferior, no interfiriendo en la PIC. No obstante, existen otros factores que influyen, como la deformación del cráneo por partos vaginales dificultosos⁽¹⁾. Por ello se considera que es preciso valorar la situación clínica de cada paciente de manera individual en el momento de posicionar adecuadamente la cabeza.

Así también, se trata en otros artículos⁽⁹⁾ el control de la PIC, pero es muy poco frecuente en el recién nacido medir la PIC, ya que hay muchas variables ambientales que pueden modificarla⁽¹¹⁾.

Respecto a los cuidados de enfermería, todos coinciden en la importancia de los cuidados centrados en el desarrollo al cuidar al RNPT y en controlar los estímulos ambientales para favorecer un buen desarrollo neurológico del bebé prematuro.

La cultura y las costumbres en las unidades de cuidados intensivos neonatales son, a menudo, difíciles de cambiar y su ambiente de estrés se ha relacionado directamente con las secuelas a largo plazo en el neurodesarrollo de los bebés prematuros.

La comunicación y colaboración entre todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares) son la clave para el desarrollo y la aplicación de prácticas exitosas para la disminución de la HIV. La aplicación de estas prácticas no serán las mismas para cada hospital, sino que habrá que adaptarlas a los procesos que ya hay en cada institución.

CONCLUSIONES

Unos adecuados cuidados de enfermería centrados en el desarrollo, son fundamentales para prevenir las HIV y mejorar los posibles déficits neurológicos de los RNPT.

Resulta de especial importancia la unificación de criterios

entre los profesionales del equipo de enfermería y otros profesionales de la Unidad para la elaboración de protocolos de cuidados consensuados y/o guías de práctica clínica en aras a la mejor calidad de la atención al RNPT y a la excelencia en el cuidado profesional.

Con el conjunto de información obtenida tras la búsqueda bibliográfica y de otras referencias, se propone la elaboración de una guía de práctica clínica que incorpore protocolos de cuidados específicos para la Unidad de Neonatología de este Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cabañas F, Pellicer A. Lesión cerebral en el niño prematuro. Asociación Española de Pediatría. Sociedad española de neonatología. *Protocolos diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. 2008; 253-269.
- 2.- UpToDate (base de datos en internet). Adock L. *Management and complications of intraventricular hemorrhage in the newborn*. April 2013 (Last Updated: September, 5 2013; (Acceso: Julio, 2013) Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/management-and-complications-of-intraventricular-hemorrhage-in-the-newborn>.
- 3.- Chattas G. Cuidados al recién nacido con hemorragias endocraneanas. *Enfermería Neonatal*. 2011; 12:20-25.
- 4.- Irruela Serrano, J, De Pablo Casal C, Marco Cabero, V, Ramirez Varela AM. Hidrocefalia: alternativas terapéuticas e implicaciones de enfermería. *Enfermería Integral*. 2007; nº79, 27-31.
- 5.- Pardo Trujillo C. Hidrocefalia. En: Fierro Ávila F, García Gutiérrez R, editores. *Texto de cirugía Pediátrica* (monografía en internet). Acceso: Agosto 2013. Disponible en: <http://www.sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/Lexias/neurocirugia/hidrocefalia/hidrocefalia.htm>.
- 6.- Hydrocephalus Association, San Francisco, California. *About Hydrocephalus – A Book for Families* (Spanish Edition). Acceso: Septiembre 2013. Updated in 2009. Disponible en: www.hydroassoc.org/docs/Sobre_la_Hidrocefalia_web-09.pdf
- 7.- Ros López B, Jaramillo Dallimonti AM, De Miguel Pueyo LS, Rodríguez Barceló S, Dominguez Paéz M, Ibañez Botella G, et al. Hemorragia intraventricular del prematuro e hidrocefalia posthemorrágica. Propuesta de un protocolo de manejo basado en la derivación ventriculoperitoneal precoz. *Neurocirugía*. 2009;20: 15-24.
- 8.- Puche Mira A. Hidrocefalias- Síndrome de colapso ventricular. *Asociación Española de Pediatría. Sociedad española de neonatología. Protocolos terapéuticos de la AEP: Neurología pediátrica*. 2008; 194-202.
- 9.- Pulido-Rivas P, Martínez-Sarries FJ, Ochoa M, Sola RG. Tratamiento de la hidrocefalia secundaria a hemorragia intraventricular en el prematuro. Revisión bibliográfica. *Revista Neurología*. 2007; 44(10):616-624.
- 10.- Sánchez G, Quintero LJ, Rodríguez G, Nieto A, Rodríguez I. Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. *Medicina Universitaria 2010*, vol 12, nº48. (acceso en Diciembre 2013). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-universitaria-304/diminucion-estres-prematuro-promover-su-neurodesarrollo-nuevo-13155923-articulos-revision-2010>.
- 11.- Llanos Ortega MI. Cuidados y utilización del Catéter intraventricular. En: *Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales*. [serial online: 1885-7124] 2006. (Acceso: Noviembre 2013). Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo126/capitulo126.htm>.

12.- Biestro A, Costa G, Grille, P, Wajskopf S. *Manejo del drenaje ventricular en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica*. RevMedUrug. 2007; 23:50-55

13.- Toledano Blanco R, Domínguez Núñez D. *Cuidados de enfermería en el manejo del drenaje ventricular: Páginas en enfermería: revista digital de enfermería*. 2009; 1(2): 21-26. (Acceso 19 Septiembre 2013) Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3004577>

14.- Millán A, Ruiz J, Vicente de Vera B, Utande A, Orduna J, Barrera M et al. *Protocolo. Manejo de los drenajes ventriculares*. Servicio Aragonés de salud; 2012. (Acceso 22 Agosto 2013) Disponible en: www.ics-aragon.com.

15.- Verklan MT, Lopez SM. Neurologic disorders. En: Gardner SL, Carter BS, Enzman-Hines M, Hernandez JA. *Handbook of Neonatal Intensive Care*. 7ª ed. Toronto: Mosby ElSevier; 2011. 749-786.

16.- Marques dos Santos LM, Ibarra Fernandez AJ. Medidas de seguridad, protección y confort. En: *Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales*. [serial online: 1885-7124] 2006. (Acceso: Noviembre 2013). Disponible en la URL: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo12/capitulo12.htm>.

17.- Basco L, Fariñas S, Hidalgo MA. Enfermería y la presión intracraneal. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias* 2011. N°17: 7. (Acceso en Diciembre 2013). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina7.html>.

18.- Schulz G, Keller E, Haense D, Arlettaz R, Bucher UH, Fauchere J. Slow Blood Sampling From an Umbilical Artery Catheter Prevents a Decrease in Cerebral oxygenation in the Preterm Newborn. *Pediatrics*. 2003; 111:73-76.

ANEXO I

MÉTODO NIDCAP

El NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) o Programa de cuidados individualizados y evaluación del desarrollo del recién nacido (RN), fue creado por la Dra Als y tiene su base en la teoría sinactiva.

Dicha teoría, evalúa el grado de maduración del SNC y nos explica la organización de las distintas capacidades neuronales y los comportamientos que tiene el feto o el RN (cuando éstas no están aún maduras) en el medio extrauterino.

Una vez observado estos comportamientos en el RN, se propone adaptar los cuidados para mejorar su desarrollo.

El cuidado NIDCAP está englobado dentro de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD), los cuales controlan el impacto que el ambiente extrauterino puede tener en el RN, especialmente en el recién nacido pretérmino.

Dentro del útero se dan una serie de condiciones para que el feto se desarrolle adecuadamente tales como: ambiente cálido, húmedo, oscuro y ruidos del exterior amortiguados; que hacen que los estímulos sensoriales sean los correctos.

Por el contrario, en la unidad neonatal el RNPT puede estar sometido a un ambiente frío, seco, recibir estímulos dolorosos, manipulaciones, interrupciones del sueño etc... Todo esto puede ocasionar problemas serios en el desarrollo del RN.

Por ello se realizarán una serie de procedimientos y/o cuidados para adecuar el medio al RN, intentando simular de alguna manera el ambiente extrauterino:

- Colocar alrededor del RNPT nidos de contención para favorecer la propiocepción,

- Favorecer la postura en flexión y en decúbito lateral para fomentar el contacto mano-boca/cara.
- Involucrar a los padres en el cuidado de su hijo: que reconozcan sus necesidades, aprendan a identificar sus señales y
- participen en su cuidado, fortaleciendo el vínculo y dándoles seguridad de cara al alta. Promocionar el método canguro o piel con piel (estimulando también de forma positiva el sentido olfativo del RN).
- Facilitar una transición suave desde el sueño a la vigilia y viceversa.
- Mitigar los estímulos dolorosos (ayudándonos de la contención, succión no nutritiva y administración de sacarosa oral 2 minutos antes del procedimiento).
- Evitar el ruido (apagar las alarmas de los monitores tras valorar el estado del RN, abrir y cerrar suavemente las puertas de la incubadora...)
- Cubrir con cobertores la incubadora, evitando que la luz sea directa y en caso de precisarse cubrir los ojos del neonato con una gasa o paño.
- Agrupar intervenciones y establecer horarios para las manipulaciones no urgentes.

Aplicando adecuadamente estos cuidados se ha demostrado una menor estancia hospitalaria y una reducción en la necesidad de cuidados intensivos, pero también mejores resultados en el neurodesarrollo a largo plazo.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



www.alzheimeruniversal.eu

Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente

Autora:
Ana Gómez Sánchez

*Graduada en Enfermería.
Enfermera de Reanimación en el Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla.
Docente en el Programa de Apoyo a Cuidadores
"Cuidando al Cuidador" en distintos municipios
de la Comunidad Autónoma de Cantabria de
2005 a 2012.*

()Dirección para correspondencia:
anagomez@humv.es*

Esta monografía es el resultado del trabajo fin de grado tutorizado por la profesora Carmen Sarabia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Adaptado a las normas de publicación de Nuberos Científica.

RESUMEN

El mundo envejece, ha aumentado la esperanza de vida de las personas y con ello el número de personas mayores en nuestra sociedad, muchas de las cuales necesitan ayuda de otros para desarrollar diversas actividades de su vida cotidiana o al menos su supervisión. Las políticas sociales abogan por el cuidado de los mayores en su domicilio pero cuidar no es una tarea fácil y supone una situación de estrés que afecta a la vida privada y familiar tanto de la persona dependiente como de sus cuidadores, que sufren un incremento en el riesgo de padecer importantes alteraciones emocionales y problemas físicos. Los cuidadores se verían muy beneficiados por programas de intervención dirigidos a enseñarles a manejar la situación de estrés con la que han de enfrentarse al asumir ese papel además de capacitarles con las herramientas necesarias para realizar de forma sana y equilibrada esa labor. El objetivo de este trabajo es revisar qué tipo de intervenciones se están llevando a cabo con los cuidadores informales y las consecuencias de éstas así como impulsar su desarrollo desde un ámbito multidisciplinar donde la enfermería desarrolla un papel fundamental.

Palabras clave:

- Cuidadores.
- Grupos de autoayuda.
- Dependencia.
- Enfermería basada en la Evidencia.

ABSTRACT

The World ages and the life expectancy has increased and with it, the number of older people in our society and a lot of these people need the help of other people to develop several activities or at least they need supervision. The social policies plead for the care of older people at their homes but caring isn't an easy task; it's an intensive task, for the type of care provided, the number of hours devoted to them and the length of the help. Caregivers would result very benefited by intervention programs directed to teach them how to control the stressful situation that they have to confront at the moment they assume that roll and also it would qualify them with the necessary tools to do that task in a healthy and balanced way. The objective of this paper is to review what interventions are being carried out with informal caregivers and their consequences as well as boosting its development from a multidisciplinary field where nursing plays a fundamental role.

Keywords:

- Family caregivers.
- Self-help groups.
- Dependency.
- Evidence-based nursing.

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La esperanza de vida presenta una evolución temporal ascendente en los países industrializados, existe un aumento en el número de ancianos y un cada vez más elevado número de personas con distintos grados de dependencia. No todos los mayores necesitan ayuda y tampoco la dependencia es exclusiva de los mayores pero según datos del IMSERSO 2005 dos terceras partes de las personas con discapacidad diaria tienen más de 65 años.

En España, los mayores de 65 años suponen un 16,7% de la población, ocupando el quinto lugar en la Unión Europea y la población con edad superior a 80 años se ha duplicado en sólo veinte años, fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento».

Aunque el cuidado formal está aumentando, a día de hoy, el cuidado informal es mayoritario, se estima que, de las personas mayores de 65 años dependientes que reciben algún tipo de cuidado, el 84,9% es informal. Este cuidado informal suele ser asumido por algún miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados, es el denominado cuidador principal y es habitualmente una mujer. Mantener al paciente en su domicilio es el eje de las políticas sociales de atención a las personas mayores en los países desarrollados cuyo objetivo es «el envejecimiento en casa».

En 2006 se aprueba la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en Situación de Dependencia,

que configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con ella se pretende cubrir la atención a los dependientes facilitando una atención pública de calidad basando su acceso en función del nivel de dependencia. Esta ley pretende garantizar a las personas dependientes el acceso a servicios sociales (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y plazas residenciales) y a prestaciones económicas (para el cuidador familiar o para la contratación de un asistente personal) que necesiten.

Pero aunque el reconocimiento social de la figura del cuidador informal es cada vez mayor, el cuidador sigue careciendo de los conocimientos necesarios para llevar a cabo su tarea de cuidar y su percepción de apoyo social sigue siendo insuficiente aumentando el riesgo de desarrollar el «síndrome de sobrecarga del cuidador».

En los últimos años se han incrementado las intervenciones educativas y terapéuticas de forma multidisciplinar lo que ha supuesto un mecanismo indudable de mejora en la situación de los cuidadores, pero como refleja la bibliografía revisada la mayoría de los cuidadores no disponen de unos conocimientos previos y el aprendizaje del cuidado se realiza de forma o se apoyan en las vivencias de otros familiares o conocidos que han pasado por situaciones similares de cuidado.

Desde el abordaje enfermero se debería potenciar la educación para la salud a este colectivo e incluir intervenciones para ayudar a desarrollar el rol de cuidador, proporcionándole

información, educación sobre la enfermedad y habilidades en los cuidados y efectuar programas interdisciplinarios a través de técnicas cognitivo-conductuales, terapéuticas y ocupacionales para reducir los sentimientos negativos y las alteraciones tanto físicas como psicológicas que sufren los cuidadores.

2. OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo de esta monografía es revisar la bibliografía publicada entre enero de 2007 hasta febrero de 2012, escritos en inglés y español, en relación a la situación actual de los cuidadores informales de personas dependientes y la repercusión de las intervenciones de enfermería en su calidad de vida y de salud, tanto física como psíquica y social.

Se han revisado los trabajos publicados a nivel nacional e internacional en las principales bases de datos: PubMed, Cuiden, CINAHL, Cochrane, PsycInfo, IME (CESIC) y EMBASE. Así como revistas españolas indexadas y no indexadas.

3. PERFIL DEL CUIDADOR Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En la actualidad y durante los últimos años el perfil del cuidador principal no ha cambiado:

- La cuidadora principal es una mujer en el 90% de los casos. Un 97% de mujeres cuidan a su familiar desde el momento del diagnóstico y casi la totalidad de las mujeres se dedican al cuidado 24 horas.
- Edad entre 40 y 60 años. En Cantabria la edad media es de 52 años (el 20 % supera los 65 años).
- Ama de casa (sin trabajo fuera del domicilio) (80%).
- Casado/as (77%).
- Comparten el domicilio con la persona cuidada (60%).
- El 60 % no recibe ayuda de otras personas.
- Que proporciona ayuda de alta intensidad y gran duración.
- Bajos niveles de apoyo social.
- Cónyuge o descendiente de primer grado de la persona cuidada (principalmente hija).
- Nivel de estudios básico-medio. Aunque en una revisión de López y Crespo describen un elevado número de cuidadores con estudios universitarios (en 6 estudios lo cifran entre un 30 y un 49,5%).
- Ingresos económicos escasos.
- Varios años en el desempeño de la función de cuidador (entre 2 y 8 años)¹².

Son muchos los trabajos que corroboran estos datos coincidentes en distintas áreas tanto nacionales^{2,3,8,9,13,14,15-20} como internacionales^{11,21,22}.

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD) declara en el año 2008 que, en España, un 8,5% de la población que convive con familiares presenta alguna discapacidad, esto supone 3.847.000 personas. Del total de personas con discapacidad de 6 o más años 2,8 millones, que supone un 74%, tiene dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Con respecto al tiempo dedicado al cuidado el 95,9% de los cuidadores presta cuidados 6 ó 7 días de la semana, y el 38,9% dedica al menos 16 horas diarias.

En el modelo actual de familia, y, con la incorporación de la mujer al mercado laboral sus responsabilidades aumentan, teniendo que hacer frente a distintos roles dentro y fuera del hogar, esto dificulta el mantenimiento de las personas mayores en el domicilio²⁴.

4. REPERCUSIONES / CONSECUENCIAS DEL CUIDADO

4.1. CONSECUENCIAS POSITIVAS

Cuidar a familiares dependientes puede ser una labor gratificante y enriquecedora si desarrollamos las estrategias adecuadas.

Los cuidadores a menudo refieren sentirse útiles, pueden descubrir facetas y aptitudes que desconocían de sí mismos y de la persona que cuidan, en ocasiones sienten que cuidar aumenta su autoestima, refieren dar un mayor sentido a su vida, se sienten capaces de afrontar retos y aprenden a valorar las pequeñas cosas de la vida.

Una buena relación afectiva previa entre enfermo y cuidador, el cuidado voluntario, la no existencia de trabajo fuera del domicilio y el mantenimiento del ocio y tiempo libre del cuidador favorecen niveles altos de satisfacción en los cuidadores^{25,26}.

4.2. CONSECUENCIAS NEGATIVAS

Paralelamente existe evidencia científica acerca de las repercusiones emocionales negativas en el proceso de cuidado, y que suele ser común a la mayoría de los cuidadores.

El cuidado en el núcleo familiar obliga a una reorganización de la casa, un cambio de roles y una búsqueda de recursos y apoyo externo, incide en la vida privada del cuidador que en ocasiones se ve obligado a frenar o limitar su desarrollo personal, lo que puede llevar a situaciones de estrés y muchos cuidadores llegan a rozar los límites de su capacidad física y psicológica.

Estas repercusiones originan en muchos casos el denominado síndrome del cuidador. El apoyo social y la situación económica pueden ser variables predictoras de la sobrecarga.

Las repercusiones pueden clasificarse en 4 grupos:

1. FÍSICAS: dolores de espalda, problemas osteo-articulares, cefaleas, cansancio/fatiga, alteraciones en el patrón del sueño... Los cuidadores, comparados con personas que no desempeñan esa responsabilidad, están relacionados con más visitas al médico y tardar más en recuperarse de las enfermedades. Esto se ve agravado por la edad media de las cuidadoras, que pueden estar experimentando cambios en sí mismas propios del envejecimiento.

2. PSICOLÓGICAS: apatía, nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de culpa, de tristeza, ansiedad, estrés, depresión, desesperación, abatimiento, labilidad emocional, inseguridad y temor ante actividades que requieren competencias técnicas como administración de medicamentos, aspiración de secreciones, alimentación por sonda nasogástrica o PEG, etc.

Sentimientos de enfado e ira por la sensación de estar viviendo una situación injusta, sentimientos de preocu-

pación por la salud de su familiar, por su propia salud, por los conflictos familiares, por la falta de tiempo, etc.

Se ha descrito la existencia de una asociación entre el afecto negativo y las quejas somáticas y sobrecarga en cuidadores de enfermos de Alzheimer.

El número de horas dedicadas al cuidado se relaciona con las repercusiones en el estado de salud mental de los cuidadores³¹. Y hay trabajos que evidencian un mayor riesgo de deterioro en las mujeres con respecto a los hombres^{32,33}.

Se documenta una mayor frecuencia de los efectos negativos sobre la faceta psicológica que sobre la física^{15,34,35}. Se detecta que los problemas de salud se relacionan más con el comportamiento del paciente que con la intensidad de los cuidados o el nivel de dependencia.

3. **SOBRE LA VIDA COTIDIANA:** reducción del tiempo de ocio, aún disponiendo de algún tiempo libre, no lo dedican a sí mismos/as por tener sentimientos de culpa y abandono de responsabilidades, esto suele generar sentimientos de soledad, aislamiento, tristeza e incompreensión. También se produce un aumento en los conflictos familiares, por el desacuerdo en la toma de decisiones, en los gastos, por la sensación de falta de valoración del esfuerzo realizado por el cuidador y la falta de apoyo emocional o físico y en ocasiones conflictos con otros miembros de la familia que pueden ver mermado el tiempo dedicado a ellos, por ejemplo la pareja o los hijos.

4. **SOBRE LA VIDA LABORAL O ECONÓMICA:** existe una dificultad para compaginar el desarrollo de los trabajos dentro y fuera del hogar con el del cuidado de un familiar dependiente. Puede ocurrir que el cuidador sienta que "abandona" a la persona que cuida o por el contrario que no cumple con el trabajo de la forma adecuada (aumento de absentismo, bajo rendimiento...). El 50% de las personas que asumen el rol de cuidador deben plantearse reducir su jornada o incluso abandonar su trabajo fuera del domicilio. También son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos (bien por reducción de jornada o pérdida del puesto de trabajo) o porque aumentan los gastos derivados del cuidado.

5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

5.1. PROPÓSITO

En la mayoría de los casos, el cuidado se realiza de un modo más instintivo, cultural y natural, que técnico y científico. El cuidador en muchos casos tiene que orientarse por la teoría de acción-reacción o ensayo-error por falta de conocimientos de cuidado. La educación que pueden proporcionarles los profesionales de la salud minimizará el desgaste y sufrimiento ocasionados por esta falta de preparación.

El papel de la enfermería en el bienestar físico y psíquico del cuidador es básico. Las acciones de cuidado se han dirigido con mayor frecuencia a dar respuesta a la problemática que presenta la población con enfermedad que a la persona que asume la responsabilidad de cuidado, lo que sin duda afecta a la habilidad para desarrollar dicha labor. El cuidador debería trabajar de forma coordinada con su equipo de salud y es función de enfer-

mería incluirle dentro de los objetivos y cuidados de enfermería, que habitualmente se centran fundamentalmente, o, en exclusiva, en el bienestar del paciente, errando al descuidar al cuidador en la mayoría de los casos. La enfermería debe incluir de forma sistemática su papel y reconocer su labor de forma real.

5.2. CONTENIDOS/INTERVENCIONES

Es a partir de finales de los años 70 y principios de los ochenta cuando empiezan a publicarse estudios de investigación sobre intervenciones en cuidadores apreciándose una evolución en los contenidos de los programas, siendo más informativos los más antiguos y apareciendo estrategias y herramientas más concretas en los más recientes, lo cual indica que hay una tendencia a adaptar las intervenciones a las necesidades reales de este colectivo^{3,8}.

- **Programas de "respiro":** apoyo formal que aporta períodos de descanso y tiempo libre al cuidador. Así el cuidador puede disponer de tiempo de ocio, para realizar actividades lúdicas, sociales o de otro tipo que en ausencia de estos programas no podría realizar habitualmente. Otro beneficio es que pueden favorecer el retraso en la institucionalización permanente o incluso evitarla, lo cual supone uno de los objetivos principales de estos programas.

Lo conforman centros de día, servicios de ayuda a domicilio y estancias temporales en residencias. Suponen una ayuda al apoyo informal y una alternativa que lo complementa ofertando servicios especializados.

En ocasiones es visto por algunos cuidadores y personas mayores como una forma de abandono o desentendimiento que en ocasiones provoca importantes sentimientos de culpa en el cuidador.

En algunos casos esta ayuda formal llega tarde y se inicia cuando la situación es crítica en lugar de hacerlo de forma preventiva.

- **Programas psicoeducativos** o esencialmente informativos, donde un profesional entrena a los cuidadores en estrategias para enfrentarse de una forma adecuada y adaptativa a las consecuencias del cuidado. Terapeutas o enfermeros/as informan acerca de la enfermedad, sus consecuencias, el manejo de los problemas que de ellas se originan, el uso de los recursos, adaptación de la vivienda, problemas legales, etc.

Estos programas suelen desarrollarse en un contexto grupal en una serie de sesiones que va de 6 a 10 habitualmente. Se apoyan en textos didácticos y otros medios audiovisuales.

El aumento de conocimiento aumenta el sentimiento de competencia de los cuidadores, la contrapartida es que puede adelantarse a los acontecimientos dando información sobre fases de la enfermedad o necesidades que aún no han llegado o pueden no llegar nunca, de manera que supone un estresor añadido para algunos cuidadores. Además el incremento en la información y los conocimientos no supone necesariamente una mejora en el estado emocional pudiendo aumentar los niveles de ansiedad proporcionalmente a los conocimientos adquiridos sobre la evolución de la enfermedad del familiar al que cuidan.

• **Intervenciones psicoterapéuticas o counseling:** consiste en un entrenamiento y reestructuración cognitiva, de resolución de problemas, incremento en actividades gratificantes, entrenamiento en asertividad, modificación de conductas desadaptativas, organización del tiempo, etc, todo ello dirigido por un profesional de la salud mental. El terapeuta ayuda al cuidador a que sea consciente de su situación y a reestructurar pensamientos negativos responsables de las conductas problemáticas. Como desventajas se pueden enumerar, el carácter individualista, no facilitadores de la relación entre el cuidado formal e informal, suelen ser breves (8-10 sesiones) aunque esto puede ser una ventaja si con ello se evitan intervenciones largas que puedan aumentar la tasa de abandonos.

En cualquier caso los estudios determinan las intervenciones psico-terapéuticas como las más eficaces obteniendo los mejores resultados en el control del estrés asociado al rol de cuidador ocasionando un impacto positivo en el bienestar general de la persona dependiente.

• **Grupos de ayuda mutua:** Lugares de encuentro donde los cuidadores son escuchados, comprendidos y apoyados. En ellos pueden abrir sus sentimientos y compartirlos con personas que viven situaciones similares a las suyas, "normalizando" ciertos sentimientos y comprobando que son comunes también en personas que desarrollan un rol como cuidador. Les es útil para intercambiar ideas y estrategias de cuidado entre "iguales".

Los grupos de autoayuda nacen en Estados Unidos con los grupos de Alcohólicos Anónimos a principios del siglo XX, llegando posteriormente a Europa en los años 80.

Estos grupos suponen también un respiro para los cuidadores, que, en ocasiones, es el único momento en el que delegan el cuidado en otra persona.

Pueden ser temporales o permanentes y pueden estar relacionados en muchas ocasiones con las asociaciones de familiares y enfermos donde gozan de una gran difusión.

Pueden ocurrir problemas de adaptación al grupo por sentir que tienen diferentes intereses, o que no encajan en él incluso los sentimientos negativos expresados por otros cuidadores pueden no resultar beneficiosos en algunos casos.

• **Una combinación de algunas anteriores.**

5.3. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Un buen programa debería tener los objetivos bien diseñados, llevarse a cabo por uno o varios profesionales entrenados y formados y que constara de diversas técnicas para el control de sentimientos negativos, de culpa, control del estrés, mejora del estado de ánimo y la autoestima, etc. apoyado en distintas técnicas como lecturas, materiales audiovisuales, discusión en grupo, role-playing, etc. Evitando la heterogeneidad de las intervenciones apreciada en los diversos estudios y optimizando futuros programas de actuación.

Es importante adaptarlo a las características del cuidador, teniendo en cuenta datos demográficos y sociales de éstos, grado de profesionalización, el tiempo dedicado y las tareas realizadas, dificultades con las que se encuentra al prestar los cuidados, es-

tado de salud propio y de la persona dependiente, apoyos familiares, etc. . Intentando diseñar "programas a medida" en los que se tenga en cuenta la muy escasa disponibilidad de tiempo de los cuidadores evitando sobrecargarlos aún más, e interviniendo sobre las cuestiones que les suponen mayor malestar emocional, así se obtendría una mayor repercusión de las intervenciones.

Tenemos a nuestro alcance distintos instrumentos de medida para valorar distintos aspectos del cuidador.

- Escala de Zarit que estima la sobrecarga del cuidador ^{38,39}.
- Calidad de vida subjetiva.
- Ansiedad y depresión: escala de Golberg.
- Función familiar percibida: test de Apgar familiar.
- Apoyo social percibido: cuestionario de apoyo social de Duke-UNC.
- Escala SF-36.
- Escala de Afecto Positivo y Negativo ^{44,45}.
- Listado de problemas de Sandord.

Hay que tener en cuenta también los datos relativos a la persona dependiente: datos demográficos, estado de salud, grado de dependencia, características de la ayuda precisada, situación funcional con el índice de Barthel ⁴⁷, **Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria**, situación cognitiva MEC Lobo, apoyos familiares o institucionales que recibe, etc.

5.4. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

La eficacia de las intervenciones estará relacionada con la adaptación a las características y necesidades del grupo, las características personales y familiares definen las repercusiones en el cuidador, es posible que no se obtengan los mismos resultados a través de una intervención si la realizamos sobre una mujer o sobre un hombre o si éste o ésta cuidan a un esposo/a, a un padre o madre o a un hijo/a. Se deben considerar estos aspectos al igual que la variabilidad cultural y educacional al diseñar el proyecto y valorar su eficacia.

Los cuidadores son un grupo de difícil acceso, esto queda patente por el alto porcentaje de rechazos o abandonos a los programas con cuidadores.

La aplicación de intervenciones en el domicilio no ofrece buenos resultados y está relacionada con una mayor tasa de abandonos. Parecen más adecuadas las intervenciones fuera del domicilio dado que favorecen la desconexión y el tiempo de respiro en los cuidadores y evitan las interrupciones que pueden darse dentro del domicilio ^{25,50}.

En general los resultados descritos en la bibliografía reflejan efectos pequeños o moderados. Los programas multicomponentes combinando distintas disciplinas no reflejan necesariamente mejores resultados que las intervenciones dirigidas a alguna técnica aislada a excepción de los programas de respiro que resultan más efectivos en combinación con otras técnicas ^{3,25}.

Las intervenciones psicoterapéuticas son las más efectivas ya que la educación de forma aislada, ya sea individual o grupal, se ha mostrado ineficaz. Los programas informativos o psicoeducativos son los que menores efectos provocan en los cuidadores.

En cualquier caso aunque no se detecte una disminución del malestar, el hecho de que sus niveles no aumenten puede

ser considerado un logro en sí mismo. De hecho, los cuidadores, manifiestan gran satisfacción al finalizar cualquier tipo de intervención con ellos, el mero hecho de estar en contacto con otras personas y poder manifestar sus inquietudes les resulta satisfactorio, incluso valoran positivamente los recursos aunque no los hayan utilizado aún. Un alto porcentaje de cuidadores recomendaría a otras personas en su situación participar en el programa del que se han beneficiado.

Se han descrito en la bibliografía evidencias sobre la eficacia de las intervenciones encaminadas a mejorar los cuidados y a aportar estrategias que permitan al cuidador afrontar este tipo de situaciones^{52,53,54}.

Aunque en ocasiones de forma limitada, las intervenciones con cuidadores informales son efectivas, útiles y recomendables.

6. CONCLUSIONES

Los cambios sociales y demográficos que acontecen la realidad social de nuestro país: "envejecimiento poblacional, situación social de las mujeres y cambios de roles tradicionales" implican que el Estado de Bienestar deba adaptarse y responder a las nuevas demandas generadas de esta situación. Los familiares cuidadores deben ser considerados recursos esenciales en la atención a las personas dependientes y las políticas sociales deben habilitar mecanismos que faciliten el mantenimiento de este recurso básico.

La bibliografía revisada muestra que, en ocasiones, es difícil modificar el malestar de los cuidadores dado que cuidar es un estresor crónico que se mantiene tras las intervenciones pero, aunque moderados, existen resultados positivos de los grupos de trabajo con cuidadores. Lo que evidencia la necesidad de seguir trabajando en este sentido, desarrollando programas adaptados a las necesidades de los cuidadores, con actuaciones multidisciplinares, tanto preventivas como de soporte, para mejorar su estado emocional, lo que repercutirá a su vez en el estado anímico de la persona dependiente.

Los enfermeros son los profesionales que más han investigado sobre intervenciones a cuidadores en el ámbito español y desempeñan un importante papel en la salud de los cuidadores y sus familias. Como enfermeros no debemos cesar en el intento de ayudar a cuidar a los cuidadores, no sólo como un objetivo político contribuyendo a retrasar la institucionalización, sino dando las herramientas necesarias a las personas para poder facilitar el desarrollo de su deseo vital de permanecer entre los suyos y envejecer en su hogar. Sin la generosa labor del cuidador una sociedad tan envejecida como la nuestra difícilmente podría sostenerse.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Martínez JL, López MC. Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar: cómo mantener su bienestar. *Imsero*; 2008.
- (2) López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena, J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2009;2(7):332-339.
- (3) López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema* 2007;19(1):72-80.
- (4) IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: El entorno familiar. 2005.
- (5) Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE, 15-12-2007.
- (6) Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública* 2009;83(3):393-405.
- (7) Martínez ED, Álvarez SL, González NZ. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. *Fundación Alternativas*; 2009.
- (8) Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Gallagher-Thompson D, Knight BG. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinaria. *Psicología conductual* 2007;15(1):57-76.
- (9) Ferrer Hernández ME, Cibanal JL. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 2008(23):57-69.
- (10) González Varela J, Gonzalo Freire S, Manteca Bordes H. Intervenciones de enfermería dirigidas a familiares de pacientes diagnosticados de esquizofrenia. 2009. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2009.
- (11) Morales Padilla ON. Efectos del Programa Cuidando al Cuidador, en la mejora de la habilidad de cuidado. *Effects of the Program Caring for the Caregiver in improving caring capability. Efeitos do Programa Cuidando o cuidador. Avances en Enfermería* 2008;26(2).
- (12) Gobierno de Cantabria, Consejería de Empleo y Bienestar Social. *Hablando de cuidadores... Cuidarnos para cuidar mejor. Guía para afrontar mejor el cuidado de personas en situación de dependencia.* 2007.
- (13) Merino AMV, Santana DG, Gualberto ÁS. Percepción de apoyo en cuidadores de pacientes legalmente dependientes. *Perceived support in caregivers of patients legally dependent. Nure Investigación* 2012;2(57).
- (14) Palomino GL, Avilés AGP, Loyola LAB. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008;13(4):159-166.
- (15) Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. The social value of informal care provided to elderly dependent people in Spain. *Gac Sanit* 2011 Dec;25 Suppl 2:108-114.
- (16) Etxeberria Arritxabal I, García Soler A, Iglesias Da Silva A, Urdaneta Artola E, Lorea González I, Díaz Veiga P, et al. Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología* 2011;46(4):206-212.
- (17) Esteban Gimeno AB, Mesa Lampré MP. Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43(3):146-153.
- (18) Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención primaria* 2008;40(4):193-198.
- (19) González-Valentín A, Gálvez-Romero C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos* 2009;20(1):15-21.
- (20) Useros D, Victoria M, Capote González MT, Barnés Martínez A, García Molina S. Redes sociales y recursos de apoyo a cuidadores familiares y personas dependientes: comparación 2001-2009. *Portularia* 2011;11(2):4.
- (21) Jofré Aravena V, Sanhueza Alvarado O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y enfermería* 2010;16(3):111-120.
- (22) Espín Andrade AM. Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Facultad de Salud-RFS. Enero-Junio* 2011;3(1):9-19.
- (23) Instituto Nacional de Estadística. Madrid, Several Years 2009.
- (24) Tobío C. Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología* 2012(0).
- (25) López MC, Martínez JL. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". *Imsero*; 2007.
- (26) Gómez Gómez MM. Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y Educación en Enfermería* 2007(2):60-71.
- (27) Zambrano Cruz R, Ceballos Cardona P. Caregiver Burden Syndrome. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2007;36:26-39.
- (28) Andren S, Elmstahl S. Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: a five-year follow-up study. *Int Psychogeriatr* 2008 Dec;20(6):1177-1192.
- (29) Ubeda Bonet I, Roca Roger M. ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes? *Nursing* 2008;26(10):62.
- (30) Urdaneta E, Etxeberria I, Galdona N, Yanguas JJ, García A, Buiza C, et al. P3-474: Perceived social support, psychosomatic complaints and burden: The relationship with negative affect in Alzheimer caregivers. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* 2008;4(4):T660-T660.



El mobbing en el trabajo. Hacer visible lo invisible

Autora:
Yolanda Cobo Saiz

Enfermera del Hospital Comarcal Sierrallana.

*("Dirección para correspondencia:
iruplata@hotmail.com*

Esta monografía es el resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por la profesora Carmen Ortega Maté, de la Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla de la Universidad de Cantabria. El trabajo que se presenta ha sido adaptado por el autor/a con el objetivo de cumplir las normas de publicación de la revista Nuberos Científica. El trabajo en su origen se encuentra incluido en el Repositorio de la Universidad de Cantabria.

Recibido: Noviembre 2013
Aceptado: Diciembre 2013

RESUMEN

El mobbing es un fenómeno social muy antiguo, que ha ganado gran importancia en los últimos años, como lo demuestran las estadísticas de diversos estudios de investigación.

Está considerado como un problema de salud pública por la Organización de las Naciones Unidas, tipificado por la Organización Internacional del Trabajo, además de ser un delito en el Código Penal Español.

Se contextualiza en el ámbito laboral y se caracteriza principalmente por un hostigamiento psicológico al trabajador mantenido en el tiempo. Puede estar causado por diferentes y numerosos motivos, por lo que es importante analizarlos con profundidad.

Es un problema que conlleva numerosas consecuencias para las víctimas, las organizaciones y la sociedad en general, por lo que resulta necesaria una prevención, detección y actuación temprana de casos de acoso psicológico en el medio laboral, todo ello con el objetivo de minimizar los daños.

En esta monografía se define el mobbing, su epidemiología, sus causas y consecuencias, las estrategias de afrontamiento y su incidencia en enfermería.

Como trabajadores, ciudadanos y enfermeros debemos de ser capaces de reconocer conductas de hostigamiento y saber cómo utilizar las estrategias de afrontamiento en cada caso.

Palabras clave:

- Lugar de trabajo.
- Acecho.
- Trabajadores.
- Intimidación.
- Conducta social.
- Conducta agonística.

ABSTRACT

Mobbing is an old social phenomenon, which has reached a strongly prominence in recent years, as diverse statistic of investigation studies show.

It is considered as a public health problem by The World Health Organization. Furthermore, it is classified by The International Labor Organization as well as it is a crime under the Spanish Penal Code.

It is taken place in the workplace; it is mainly distinguished for a psychological harassment that has been kept overtime. It may be caused by many different reasons, therefore it is very important to analyze them in depth.

This problem entails many consequences for the victims, organizations and society. Therefore, prevention, a detection and early intervention in the psychological harassment cases within the workplace are necessary. All of these have the aim of reducing the damages.

This monograph defines the mobbing, its epidemiology, its causes and consequences, the coping strategies and its impact on nursing.

As workers, citizens and nurses, we should be able to recognize the harassing behavior and to know how to use the coping strategies in each case.

Keywords:

- Workplace
- Stalking.
- Workers.
- Bullying.
- Social behavior.
- Agonistic behavior.

INTRODUCCIÓN. SITUACIÓN ACTUAL. MARCO TEÓRICO

El mobbing es un término científico que describe un comportamiento individual o de grupo en el que se establecen relaciones de acoso y hostigamiento entre dos o más integrantes de un equipo de trabajo. Tal situación desemboca en un ambiente de hostilidad y violencia entre acosador y víctima que impide y puede llegar a deteriorar de una forma irreversible la salud de los trabajadores. Es una forma de agresión que contribuye a generar un ambiente laboral que no favorece el buen desempeño de una organización.

Es un fenómeno complejo que mezcla diferentes factores psicológicos, sociales, éticos y jurídicos con repercusiones culturales, económicas y políticas. Es por ello, por lo que para estudiarlo hay que tener en cuenta las características psicológicas de los individuos y las que son inherentes a la organización a la que pertenecen, así como el contexto social y cultural en el que desarrolla la organización⁽¹⁾.

Se está convirtiendo, desde hace décadas, en un problema de grave relevancia para muchos trabajadores con consecuencias que abarcan áreas tanto físicas, psíquicas, sociales y familiares.

La violencia en el entorno laboral va más allá de los meros conflictos u hostilidades pasajeras para convertirse en una interacción hostil que se transforma en hostigamiento por su sistematicidad, constancia y frecuencia, buscando la aniquilación del acosado hasta la expulsión del lugar de trabajo⁽²⁾.

En la actualidad, el acoso laboral está en el punto de mira de muchos profesionales, como legisladores, sociólogos y psicólogos. En este sentido, son innumerables los estudios y líneas de investigación que estudian este hecho. En su estudio, prevención y tratamiento no solamente están interesados diversos profesionales sino, la sociedad en general también está demostrando una gran sensibilización y preocupación ante el problema, prueba de ello son las 9.000 consultas sobre mobbing durante menos de un año en la Web de CSI-CSIF (página del sindicato CSI-CSIF para atender casos de acoso moral en el trabajo en España)⁽³⁾.

Por otro lado, son varios los organismos que luchan, defienden y proclaman por la seguridad del trabajador tales como:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, reflejándose en los siguientes artículos 1, 3, 4, 5 y 12.

La Organización Internacional del Trabajo, a través de la Carta de Principios Fundamentales de los ordenamientos laborales de 1998.

En la Unión Europea, la Directiva Europea 89/391/CEE de 12 de Junio de 1989.

OBJETIVOS

General

- Profundizar en el conocimiento sobre el mobbing para saber detectarlo en el medio laboral y poder afrontarlo adecuadamente.

Específicos

- Describir el concepto de mobbing en la sociedad actual.
- Analizar las causas del mobbing.
- Analizar el perfil del acosador y de la víctima.
- Analizar las fases del fenómeno mobbing.
- Citar y clasificar las consecuencias del mobbing.
- Describir las estrategias de afrontamiento frente al mobbing.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una búsqueda bibliográfica específica de Enfermería como Ciencias Biomédicas y de Psicología, en castellano y en inglés. Además se consultaron libros que versan sobre el mobbing disponibles en la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (España).

La búsqueda se delimitó en el tiempo, desde el año 2000 a la actualidad y se realizaron diferentes combinaciones de los términos DeCS y MeSH y la palabra mobbing, no incluida en ninguno de estos tesauros, utilizando los operadores booleanos (AND, OR).

No se excluyó ningún trabajo por el tipo de publicación, pero si se excluyeron los documentos con acceso sujeto a pago.

La búsqueda permitió hallar 153 documentos, de los cuales se seleccionaron 25 documentos.

Se consultaron las siguientes bases de datos:

- Dialnet.
- Psycodoc.
- Web of Knowledge.
- Cuiden Plus.
- Bases de datos Bibliográficas del CSIC.
- Google Académico.

Con las siguientes palabras en dos buscadores

Términos DECS: lugar de trabajo acecho, trabajadores, intimidación.

Términos del MESH: workplace, stalking, workers, bullying.

Término no incluido en DECS ni MESH: mobbing.

A lo largo del texto se utilizan indistintamente los términos: mobbing, acoso laboral, acoso moral en el trabajo y psicoterror en el trabajo puesto que, en este contexto, se consideran sinónimos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO

El término inglés mobbing está tomado de la Etología, la ciencia que estudia el comportamiento individual y colectivo de los animales, y en concreto de las respuestas que cada especie da al ambiente que las rodea. Konrad Lorenz, considerado uno de los padres de la Etología, lo utilizó por primera vez en 1966 para referirse al ataque de un grupo de animales pequeños gregarios que acosaban a un animal solitario de mayor tamaño^(1,2,6,7). Para definir esa situación utilizó el verbo inglés "to mob" que se define como atacar con violencia. Para Lorenz, los seres humanos están sujetos a similares impulsos innatos, aunque son capaces de mantenerlos bajo control racional⁴. Según dicho autor una definición apropiada para el mobbing sería: "El ataque de una coalición de miembros en contra de uno de su misma especie, por alguna diferencia, defecto o rasgos significativos." Así, se podría decir que se considera como un fenómeno que afecta a las distintas especies de animales y culturas humanas⁽³⁾.

En 1976, Brodsky es el primer autor que se refiere al trabajador hostigado, en un estudio motivado por la promulgación de una nueva ley de condiciones de trabajo en Suecia de ese mismo año. Su libro se centró en la dureza de la vida del trabajador de base en un contexto en el cual hay accidentes laborales, agotamiento físico, horarios excesivos, tareas monótonas y problemas que hoy se abordan en la investigación sobre el estrés^(1,4,7).

Aunque es un fenómeno antiguo no fue hasta la década de los 80, cuando Heinz Leymann, un psicólogo alemán, lo aplicó a la psicología laboral, dotándolo de sistematización y descripción precisa, fue en este punto de la historia donde el término comenzó a tener gran relevancia⁽³⁾. Leymann está considerado como el iniciador moderno del acoso psicológico, adoptó el término mobbing al principio de los 80, al observar una conducta violenta y de acoso en el mundo laboral⁽¹⁾.

En 1990, en el Congreso sobre Higiene y Salud en el Trabajo celebrado en Hamburgo fue presentado el concepto mobbing, tal y como hoy día lo conocemos, "acoso moral en el trabajo"^(3,8).

En los países mediterráneos el acoso moral en el trabajo ha conseguido gran divulgación gracias a la psicoanalista francesa Marie France Hirigoyen, quien libera a la víctima de la responsabilidad que se le venía atribuyendo respecto al sufrimiento, por incitar los ataques o, por lo menos, por permitirlos de alguna manera. Este cambio en la adjudicación de responsabilidades se puede considerar como una prueba de evolución del concepto de violencia en el medio laboral en los últimos tiempos⁽³⁾. Hirigoyen centra sus líneas de investigación en el entorno familiar y la organización⁽¹⁾.

En España, el mobbing también ha sido estudiado en profundidad, la persona más relevante en este área es Piñuel y Zabala, Doctor en psicología del trabajo y de la organización, quien encuentra que el fenómeno ocurre en las organizaciones, por eso se dedica a estudiar los factores que lo causan en diversas estructuras laborales. Sus estudios permiten reflexionar sobre las posibles relaciones causa-efecto del mobbing⁽¹⁾.

Muchas son las definiciones que existen del mobbing, una de las más completas y aceptadas es la que Leymann expuso en 1992:

“El mobbing o terror psicológico en el ámbito laboral consiste en la comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento, y activamente mantenido a ella. Estas actividades tiene lugar de manera frecuente (como criterio estadístico, por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses). A causa de la elevada frecuencia y duración de la conducta hostil, este maltrato acaba por resultar en considerable miseria mental, psicósomática y social (...) Se excluyen los conflictos temporales. En otras palabras, la distinción entre conflicto y mobbing no es qué ha hecho o cómo lo ha hecho, sino la frecuencia y duración de lo que ha hecho”^(3,7).

Debido a la extensa propagación y gran divulgación en los últimos años del concepto, se ha dado más de una confusión entre los usuarios del concepto, es frecuente atribuir equívocamente mobbing cuando se quiere hacer referencia a otros problemas laborales, como unas malas relaciones entre compañeros, una disputa incontrolada, o el sufrimiento de otros síndromes de estrés laboral, por ello es necesario clarificar el concepto con precisión⁽³⁾.

En este sentido, con el objetivo de delimitar el concepto, Olmedo y González atribuyen los siguientes criterios definitorios⁽³⁾

- Se produce durante o como resultado del cumplimiento de las obligaciones laborales.
- Es una agresión contra cualquiera, más que una discriminación especificada debida a la edad, género, raza o nacionalidad, creencias...
- Tales acciones aparecen al menos durante seis meses y con una frecuencia semanal.
- Tiene una finalidad dañosa.
- La víctima es arrastrada a una posición de indefensión, real o percibida, que repercute, negativamente en su salud física y psíquica, así como en su ámbito social.

CAUSAS DEL ACOSO LABORAL

Según Hoel y Salin habría tres aproximaciones alternativas para explicar el mobbing: por las características de personalidad de la víctima y el acosador; por las características inherentes a las interacciones humanas dentro de las organizaciones; y por las variables de naturaleza contextual y ambiental relacionadas con la organización del trabajo^(10,13).

En 1996 Leymann hacía especial hincapié en los antecedentes organizacionales, planteando que un entorno de trabajo pobremente organizado crea condiciones que pueden propiciar situaciones de acoso laboral, constituyendo en la actualidad unos de los enfoques más aceptados para explicar el origen del fenómeno mobbing.

Dentro de los factores organizacionales y relacionales propiciatorios del mobbing se encuentran: la organización en el trabajo, el clima laboral, patrones de liderazgo, gestión y resolución de conflictos.

Con esta visión se entiende que no es sólo un problema que sufre la persona que lo padece o del acosador que lo desencadena, sino que se trata de una señal de que las cosas no funcionan bien en lo que a la organización se refiere⁽⁹⁾.

En conclusión, se dice del acoso moral en el trabajo que es un fenómeno multicausal.

PERFIL DE LA VÍCTIMA

¿Qué he hecho yo para merecer esto? ¿Por qué a mí?, son preguntas frecuentes que se hace el hostigado. El pensamiento mágico punitivo, que aún está presente en el hombre moderno tiende a buscar en sí mismo las causas de su propio mal. Por más que la víctima haga examen de conciencia, no consigue comprender, ni dar con la causa del problema que está sufriendo. Algunos acosados incluso desarrollan un tipo de “Síndrome de Estocolmo”, llegando a justificar al agresor, desvalorizándose personal y profesionalmente. Este tipo de personas presentan una elevada inseguridad que se ve confrontada con el gran poder de manipulación del hostigador⁽¹⁴⁾.

En el acoso horizontal, en muchas ocasiones, el acosado es la persona con mejor perfil para ocupar un determinado puesto de trabajo, suele ocurrir en el mundo de los funcionarios o en empresas con elevada tecnología en las que desean acceder jóvenes con excelente preparación y que son acosados por personas mayores con contrato fijo⁽⁶⁾.

Un estudio que hizo un sindicato de enfermería coordinado por el Dr Piñuel consideraba como perfil de riesgo de sufrir mobbing a “las mujeres de más de 44 años, que llevan muchos años en su puesto de trabajo y que suelen tener una posición no confrontativa. Personas con elevada ética, honradez, altamente capacitadas por su inteligencia y empatía y comprensión por el sufrimiento ajeno”⁽⁶⁾.

En cambio en el acoso vertical, suelen ser más vulnerables los empleados con contratos laborales precarios, mujeres embarazadas o con cargas familiares, personas de mayor edad, de quienes se busca por todos los medios que abandonen el puesto de trabajo, convirtiéndose a veces, esto último es una estrategia empresarial⁽⁶⁾.

González de Rivera en 2006 describió las tres connotaciones de las personas candidatas a sufrir mobbing: autenticidad o tendencia a buscar la autorrealización siendo fiel a uno mismo; inocencia reactiva o defensiva, que es una característica personal que revela discretos fallos en la anticipación de consecuencias y dependencia afectiva, lo cual explicaría por qué la víctima no termina con esa relación de acoso⁽³⁾.

La realidad es que no existe una víctima con una personalidad concreta^(1,3,6), cualquiera es susceptible de sufrir acoso laboral por parte de un hostigador deseoso de destruir a los demás si la organización de la empresa se lo permite.

PERFIL DEL ACOSADOR

El hostigador (acosador) posee unas características psicológicas propias, las cuales hay que comprender para buscar los porqués que le llevan a acosar a un compañero de trabajo. Han sido muchos los investigadores y expertos que han estudiado el fenómeno desde la perspectiva del acosador, analizando sus rasgos psicopatológicos⁽¹⁴⁾.

Según Sánchez Carazo, vicepresidenta de la Asociación Española contra el Mobbing, “los acosadores psicológicos son personas psicopáticas que humillan a sus víctimas y les impiden producir normalmente, dándoles trabajos de inferior categoría, que no sirven para nada o que son irrealizables”⁽⁶⁾.

Hirigoyen en 1999, describió al hostigador como alguien con tendencias psicopáticas, alteración del sentido de la norma mo-

ral, dificultad para sentir la culpa y cobardía para expresar sus defectos, lo cual lo llevaría a usar el rumor, el secreto, los testigos sordos y mudos⁽¹³⁾.

Ovejero en 2006, le calificó como un sujeto inasertivo, controlador, autoritario y rígido⁽²⁾.

Para algunos autores el acosador es una persona con profundos complejos y desequilibrios psíquicos que le llevan a su perverso y psicopático comportamiento de acoso, aunque esto no quiere decir que estas personas no sean inteligentes o poco capaces. Para estos autores estos sujetos tienen capacidades de manipulación, perversión y distorsión de la comunicación que han ido perfeccionando a lo largo del tiempo⁽¹⁴⁾.

El psicópata organizacional posee una personalidad de características de tipo psicopático. Los principales rasgos de esta personalidad son⁽¹⁴⁾ capacidad superficial de encanto, estilo de vida parasitario, sentido grandioso de los propios méritos, mentira sistemática y compulsiva, ausencia de remordimientos o de sentido de culpabilidad, manipulación, ausencia de empatía.

FASES DEL MOBBING

Desde un punto de vista organizacional, el fenómeno del acoso psicológico se desarrolla a lo largo de una serie de fases, siguiendo a Leymann, describe cuatro fases principales estudiadas desde la perspectiva de la víctima, estas etapas son las siguientes^(1,3,15).

1. Aparición de algún incidente crítico o fase de conflicto.

Esta etapa surge por un desacuerdo o por una percepción de amenaza, el conflicto puede ser real o imaginario, de pequeñas o grandes dimensiones, pero lo que sí ocurre es que no suele resolverse rápido, ya que la solución no está en la mente del hostigador⁽³⁾. La víctima puede sentirse desorientada ya que no entiende el porqué de esas presiones, no actúa para defenderse y solamente espera apoyo y aceptación por parte de la organización. En esta fase sería crucial terminar con el hostigamiento ya que todavía no han surgido efectos irreparables^(1,7,15).

2. La persecución sistemática o fase de estigmatización.

Aquí la víctima está etiquetada de una forma negativa, sus compañeros comienzan a dejarla de lado, tal vez esto sea por miedo al acosador o al simple hecho de aliarse con alguien que está estigmatizado. El hostigador pretende desestabilizar a la víctima, poniendo de manifiesto sus fallos y errores, imponiéndole objetivos imposibles de conseguir o asignándole funciones absurdas. El acosado comienza a sentir miedo y esto le lleva a comportarse patológicamente, algo que el acosador utilizará en contra de la víctima⁽³⁾.

En esta fase, el acoso se hace más intenso con el objetivo de intimidar a la víctima y hacerle saber que cualquier intento de defenderse no hará más que empeorar su situación. A veces estos incrementos de presión van acompañados de amenazas condicionadas de carácter punitivo^(1,7,15).

3. La intervención de los superiores.

La persona acosada suele recurrir a algunas personas

de la organización que pudieran ayudarle a solucionar y afrontar su problema, estas personas suelen ser superiores, representantes de personal y representantes sindicales, de las cuales obtiene cierto apoyo pero no soluciones eficaces, suele decirse de estos nuevos participantes en el fenómeno mobbing son inoperantes. En esta fase la víctima aún quiere mantener su situación a salvo del dominio público^(1,15).

Comienzan los primeros sentimientos de rechazo y marginación, sintiéndose aislada del resto de sus compañeros, surgiendo los primeros brotes depresivos, lentamente se va minando la fortaleza ante la constante presión de acoso y la falta de medios para luchar contra él. Cuando la víctima ya ha sido estigmatizada y marginada, los directivos o superiores comienzan a buscar explicaciones de lo sucedido en las características de la víctima y a plantearse qué hacer con un empleado problemático^(3,7).

4. El abandono del trabajo, eliminación o huida.

En esta etapa la víctima presenta un importante deterioro de su estado de salud que le lleva a ausentarse del trabajo, para el acosado solo el hecho de pensar que tiene que incorporarse después de una baja laboral le hace volver a sentir las mismas presiones y sentimientos que lo llevaron a su deterioro físico y psíquico^(1,7). En muchos casos la empresa decide deshacerse de aquellos que resultan molestos e incómodos y sustituirlos por sujetos más afines al grupo de trabajo⁽³⁾. Por otro lado la víctima intenta buscar soluciones fuera de la organización a la que aún pertenece, las personas mayores por ejemplo tienden a buscar la jubilación anticipada y los jóvenes intentan continuar en la organización por un tiempo hasta que su trabajo se convierte en algo puramente instrumental^(1,15). Cuando se llega a esta etapa el coste humano, económico y social es de grandes magnitudes y los daños en algunos casos irreversibles⁽¹⁵⁾.

TIPOS DE ACOSO LABORAL

Existen dos variedades de acoso moral en el trabajo según la jerarquía que ocupa el hostigador con respecto al hostigado^(2,6) el vertical o bossing, el cual ocurre cuando la víctima ocupa una posición de inferioridad con respecto al acosador o acosadores y el horizontal, que suele darse entre compañeros del mismo o parecido rango profesional.

CONSECUENCIAS DEL MOBBING

Actualmente, el acoso psicológico en el trabajo es una realidad y con consecuencias para la sociedad en general. Sus efectos abarcan una amplia y diversa gama de problemas psicológicos y psicosomáticos y estos influyen de manera importante en la esfera personal y familiar del hostigado⁽¹⁶⁾.

Puede afectar, al menos, en cinco formas al hostigado: la comunicación con su grupo de pares, la estabilidad en las relaciones laborales, la reputación e imagen social y laboral de la persona y la salud física y psicológica. De manera que el hostigado desencadena una serie de respuestas internas fisiológicas, cognoscitivas, emocionales y motoras desadaptativas, para responder eficientemente en el entorno laboral⁽²⁾.

Los efectos sobre la víctima se pueden clasificar dependen-

do del área afectada de la misma, diferenciando así la física, la psíquica, la profesional, la familiar y la social. Esos efectos suelen ser progresivos y generalmente cada vez más graves⁽⁶⁾.

Los daños pueden ser sobre el:

Área física^(1,2,8,11,14,17-19) trastornos del sueño; cansancio o debilidad; síntomas de desgaste físico producidos por un estrés mantenido en el tiempo; síntomas psicósomáticos de estrés; conductas de dependencia; síntomas de desajuste del sistema nervioso autónomo.

Área psíquica^(1,8,11,14) efectos cognitivos e hiperreacción psíquica; destrucción de la identidad y autoestima de la persona; sentimientos autolíticos; cambios de la personalidad^(1,2,14); falta de bienestar; baja satisfacción vital y laboral; burnout; percepción subjetiva de injusticia organizacional⁽¹⁰⁾.

Área profesional⁽¹⁴⁾ perjuicio en las relaciones con los compañeros de trabajo mediante la estigmatización y deterioro de la empleabilidad, que es la capacidad de la víctima de ser empleada por una empresa u organización a cambio de un desempeño profesional. La pérdida de empleabilidad se lleva a cabo de la siguiente manera.

Área familiar y social⁽¹⁴⁾ tensiones con los hijos o el cónyuge, a veces se pueden llegar a traducir en violencia con estos mismos; incremento de la conflictividad en el ambiente familiar, dándose con frecuencia discusiones y broncas; aumento de la morbilidad en los hijos; retraimiento del hostigado hacia sus familiares; abandono de amistades; falta de apoyo de los familiares a los intentos de hacer frente al acoso; daños en la relación de pareja, debido a la falta de empatía del cónyuge hacia la víctima del acoso y sus circunstancias laborales; huida de las personas de su entorno, que se cansan de los síntomas de la víctima y de su obsesión con el acoso; estigmatización social en los sectores de desempeño profesional cercanos; postración económica, que se presenta a la víctima como diferentes formas de perder bienes y derechos.

Sobre la sociedad^(1,3,7) jubilaciones anticipadas; diagnósticos de estrés elevados, cuando el hostigado acude a una consulta médica, el facultativo le suele diagnosticar "estrés", algo que no revela el verdadero problema, ya que lo que está sufriendo el individuo es mobbing; conflictos familiares; costes económicos elevados, por las bajas laborales, las invalideces profesionales, el absentismo laboral, los tratamientos médicos y psicológicos, etc, que no hacen más que vaciar las arcas de todos los contribuyentes de la Seguridad Social.

Sobre la organización^(1,3,7) reducción en la eficiencia, el rendimiento y la rentabilidad; moral baja, pérdida de lealtad y entrega por parte de los trabajadores; aumento del absentismo por causas justificadas o injustificadas, cambios en la plantilla por la rotación de puestos; mala imagen, publicidad negativa ante la opinión pública; tiempo perdido durante el proceso de acoso y durante la contratación y entrenamiento del nuevo personal; gastos relacionados con asistencia al trabajador, terapia, ayuda médica y psicológica; incumplimiento de disposiciones legislativas, demanda civil, demanda penal, etc.; costos laborales por indemnización; condiciones peligrosas de trabajo.

ESTRATEGIAS FRENTE AL MOBBING

1. PREVENTIVAS

Es necesario hacer hincapié en la importancia de la toma de medidas preventivas para abordar el problema antes de que ocurra por la importancia de las consecuencias personales, para la sociedad y para la organización⁽³⁾. Como señala González de Rivera, no se debe considerar el acoso como una situación aislada si no como algo que puede prevenirse⁽²³⁾.

Según desde donde parta la respuesta en acción de las estrategias preventivas de mobbing estas se pueden agrupar en dos apartados:

- Prevención desde la organización.
- Prevención desde la víctima.

Desde la organización

La organización es la institución donde se va a producir el mobbing, por ello es necesario conocer los elementos que la conforman, así como su funcionamiento y cuáles son los problemas que la atañen como organización y que de manera directa o indirecta afecta a sus trabajadores.

Dentro de las estrategias de prevención, se han propuesto las siguientes^(3,18,23-25) definición de metas y estrategias participativas; atención a los procesos de reclutamiento, selección y promoción de personal; programas específicos en los cuales se debería incluir un protocolo de actuación en casos de mobbing, el entrenamiento sistemático de habilidades asertivas e interpersonales como defensa de primer nivel ante tales circunstancias, además de un código de conducta.

Desde la víctima

Es importante señalar la existencia de factores que pueden aumentar la efectividad con que una persona puede hacer frente al acoso moral en el trabajo, por eso es muy importante que la víctima los conozca y refuerce. Los factores de resistencia son^(14,18) la buena forma física y mental; la confianza en uno mismo; la consideración del entorno; el apoyo social; la estabilidad económica; el margen de maniobra; la capacidad de moverse en el entorno social.

2. DE INTERVENCIÓN

La prevención debe de ser el punto clave de las estrategias, pero si se instaura el fenómeno cualquier trabajador debe estar preparado para actuar frente a una situación de acoso.

Desde las primeras fases, es decir, desde que se detecta el hostigamiento es crucial la actitud del trabajador, quien tiene que comunicar cuanto antes las circunstancias que está viviendo, debe tener un comportamiento asertivo y a ser posible debe contar con el apoyo de los representantes de los trabajadores, todo ello con el objetivo de bloquear y frenar el comportamiento del acosador.

En la gran mayoría de las ocasiones lo más eficaz es presentar una queja formal y una denuncia, los canales de reclamación para hacerlo incluyen la actuación del delegado de prevención, la inspección del trabajo y la apertura de un procedimiento judicial⁽²³⁾.

Y a partir de aquí, puede plantearse el tratamiento siguiendo las siguientes líneas: tratamiento médico adecuado y adopción de medidas que eviten el impacto patogénico de las condiciones de trabajo⁽²⁵⁾.

CONCLUSIONES

- En la actualidad el mobbing es uno de los problemas que con más frecuencia se da en el medio laboral.
- Los antecedentes y las causas del hostigamiento psicológico en el trabajo radican en diferentes factores, no existe una única causa, sino que se trata de una sucesión de hechos en los que actúan varios componentes.
- Aunque hay autores que definen un perfil de víctima más vulnerable al acoso laboral, la realidad es que cualquier persona es susceptible de sufrir una situación de mobbing.
- El acoso laboral tiene consecuencias más o menos graves sobre: las víctimas (físicas, psicológicas, profesionales), las personas de su entorno (compañeros, amigos, familiares), las organizaciones y la sociedad (económicas).
- Se hace necesaria e imprescindible una formación específica en cuanto a lo que mobbing se refiere, dirigida tanto a las direcciones de las organizaciones, a sus trabajadores, y a los futuros individuos que un día entrarán a formar parte de un entorno laboral, todo ello con el objetivo de salvaguardar la seguridad del trabajador.
- En toda organización debería de existir un protocolo de prevención e intervención frente al mobbing.
- El apoyo social, familiar y cultural es esencial en la evolución del mobbing.
- Del tiempo de respuesta y de la forma de actuación frente a un caso de mobbing dependerá el estado futuro de la víctima, tanto personal como profesional.
- Como profesionales de Enfermería es nuestro deber y obligación reconocer este tipo de problemática y conocer las estrategias de actuación frente al psicoterror laboral.

BIBLIOGRAFÍA

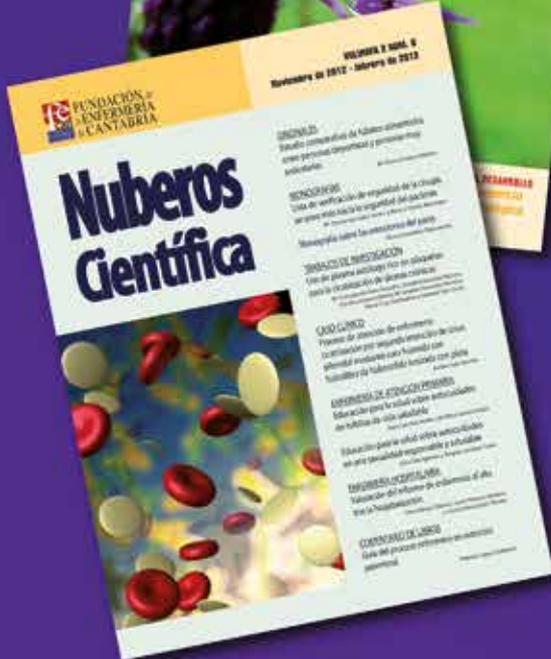
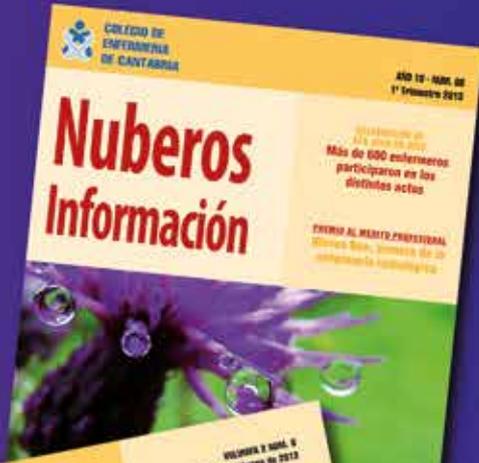
- 1.- Flores MMT, Almegua MLV, Mendoza RH. Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas Mobbing: history, causes, effects and proposal for Le mobbing: histoire, causes, effets et proposition d'un modèle pour les organisations mexicaines Mobbing: história, causas, efeitos e proposta de um modelo para as organizações mexicanas. *Innovar* 2007;17(29).
- 2.- Álvarez L. Clima social de la organización y hostigamiento psicológico. Una lectura cognitiva y socio-cultural desde los sistemas autoritarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* versión electrónica 2011 Ene-Jun;13(1):83-98.
- 3.- Olmedo M, González P. La violencia en el ámbito laboral: la problemática conceptualización del mobbing, su evaluación, prevención y tratamiento. *Acción Psicológica* 2006;4(2):107-128.
- 4.- Giner Alegría CA. Aproximación conceptual y jurídica al término acoso laboral. *Anales de Derecho de la Universidad de Murcia* 2011(29):224-245.
- 5.- Cabarcos MÁL, Rodríguez PV. LA LEY AL SERVICIO DE LA VÍCTIMA DE MOBBING.
- 6.- Borrás Roca L. El mobbing o acoso moral en el trabajo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2002;2(2):113-120.
- 7.- Leymann H. *El contenido y desarrollo del mobbing en el trabajo*. 2009.
- 8.- Piñuel I, Cantero AO. La incidencia del 'mobbing' o acoso psicológico en el trabajo en España. Resultados del barómetro CISNEROS II^o sobre violencia en el entorno laboral. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales* 2012(7).
- 9.- González Trijueque D, Marina D, Sabino. El acoso psicológico en el lugar de trabajo. Antecedentes organizacionales. *Boletín de Psicología* 2008(93):7-20.
- 10.- Carretero Domínguez N, Gil-Monte P, Luciano Devis JV. Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo. *Psicothema* 2011;23(4):617-623.
- 11.- Martínez León MM. El acoso psicológico en el trabajo o Mobbing: patología emergente. *Gaceta internacional de ciencias forenses* 2012(3):2-8.
- 12.- Samnani A, Singh P. 20 Years of workplace bullying research: A review of the antecedents and consequences of bullying in the workplace. *Aggression and Violent Behavior* 2012 NOV-DEC 2012;17(6).
- 13.- Rodríguez Muñoz A, Moreno Jiménez B, Baillien E, Sanz Vergel AI, Moreno López Y. Agredidos que agreden: la relación recíproca entre víctima y agresor en situaciones de acoso psicológico en el trabajo. *Psicothema* 2012;24(3):358-363.
- 14.- Piñuel y Zabala I. *Mobbing : cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae; 2001.
- 15.- Barón Duque M, Munduate Jaca L, Blanco Barea MJ. La espiral del Mobbing. *Papeles del Psicólogo* 2003;23(84):71-82.
- 16.- Sanz Vergel AI, Rodríguez Muñoz A. El efecto del acoso psicológico en el trabajo sobre la salud: el papel mediador del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2011;27(2):93-102.
- 17.- Meseguer dP, Soler Sánchez MI, Sáez Navarro MC, García Izquierdo M. Acoso psicológico en el trabajo y efectos en la salud de los trabajadores. *The Spanish Journal of Psychology* 2008;11(1):219-227.
- 18.- Minaya Lozano G. El mobbing. Una realidad laboral. *Informació Psicològica* 2003(81):43-54.
- 19.- Arroyuelo Suárez Ó. La violencia psicológica en el lugar de trabajo en la marco de la Unión Europea. *Lan Harremanak Revista de Relaciones Laborales* 2002;2(7):279-296.
- 20.- Casado Cañero FD. Abordaje clínico y comprensión de un trastorno de estrés: El mobbing. *Apuntes de Psicología* 2004;22(2):257-265.
- 21.- Fidalgo M, Piñuel I. La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema* 2004;16(4):615-624.
- 22.- Fornés J, Martínez Abascal MÁ, García de IB. Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2008;8(1):267-283.
- 23.- Aramburu-Zabala Higuera L. Respuesta al acoso laboral. Programas y estrategias. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 2002;20(2):337-350.
- 24.- Aliaño Cruz M, Carrascal Jaramillo MF, Marín Gutiérrez I. *Acciones preventivas al respecto del mobbing*. 2010.
- 25.- *El acoso moral "mobbing" en los lugares de trabajo : comprender para intervenir*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.

ENFERMERIA CANTABRIA

TV



WWW.ENFERMERIA CANTABRIA.COM



COLEGIO de
ENFERMERIA de
CANTABRIA

Un colectivo bien informado



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Violencia de género: un problema de salud actual

Autora:

Marta Alfonsa Dehesa Fontecilla

*Graduado en Enfermería.
Urgencias SUAP Centro de Salud Cotoilino II.
Castro Urdiales.*

()Dirección para correspondencia:
martha@hotmail.com*

Recibido: Noviembre 2013
Aceptado: Diciembre 2013

RESUMEN

La Violencia de Género en la actualidad es un grave problema que muchas mujeres en el mundo sufren y enfrentan condicionadas siempre por factores sociales, culturales y psicológicos. Esta revisión bibliográfica está enfocada a la mujer maltratada como género femenino en nuestro país, sin embargo existe también el maltrato en hombres y tanto ellos como ellas son víctimas de esta Violencia. Este problema, deteriora su salud física y mental, dado que las posibles mujeres maltratadas están inmersas en un proceso que se va instaurando y cronificando en el tiempo. El objetivo de esta revisión es sintetizar criterios de detección precoz y actuación por parte de los profesionales de Enfermería, puesto que las mujeres víctimas de malos tratos solicitan ayuda en los Servicios de Urgencias o en las Consultas de Atención primaria, por tratarse de uno de los lugares más accesibles que encuentran, permitiendo la prevención del desarrollo y mantenimiento de éste problema, y por tanto reduciendo o eliminando sus secuelas.

Palabras clave:

- Violencia.
- Violencia contra la mujer.
- Violencia Doméstica.

ABSTRACT

Nowadays, gender-based violence is a serious problem. Many women all around the world are suffering and facing it, they are always conditioned by social, cultural and psychological factors. This bibliographical review is focused on battered women as feminine gender in our country, however male battering also exists and both genders are victims of this violence. This problem damages their physical and their mental health, because of the immersion of the possible battered women are immersed themselves in a process which is becoming increasingly more established and chronic over time. The aim of this review is to synthesize criteria for early detection and action by nurses, because of women victim of violent abuse apply for help either Emergency Services or from Primary Attention Services. These are the most available places they find, which allows prevention of the development and maintenance of this problem and therefore reducing or removing its aftereffects.

Keywords:

- Violence.
- Violence against women.
- Domestic Violence.

INTRODUCCIÓN

La Violencia de Género también llamada Violencia en la Pareja y/o Violencia Doméstica constituye un grave problema en la sociedad.

Se trata de un fenómeno universal, multicausal, multidimensional, de salud y de tipo legal. Éste fenómeno ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad y no solo incluye agresiones físicas sino también maltrato psíquico y sexual, de aislamiento y control social, que suelen pasar mucho más desapercibidos. La Violencia de Género no sólo afecta a las mujeres que la sufren, sino también de forma directa a sus hijos e hijas y a las personas que dependen de ellas.

Se identifica también como un problema de salud pública debido a los altos costos que genera y la manera como lesiona la vida cotidiana de quienes lo padecen¹.

La Violencia de Género adopta múltiples modalidades: hay Violencia de Género en la pareja, en la casa, en la escuela, en el lugar de trabajo, en las tradiciones culturales, en las pantallas etcétera². La ejercen y la sufren tanto varones como mujeres, pero la mayoría de la violencia, independientemente de su forma, naturaleza o consecuencias, es perpetrada por los varones³.

Se manifiesta de tres formas:

- a) Maltrato físico: acción voluntaria que provoca lesiones físicas a la mujer (empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, quemaduras o incluso la muerte).
- b) Maltrato psicológico o emocional: mediante comportamientos o comentarios intencionados que provoquen daños psicológicos (gestos amenazantes, conductas de restricción como control de amistades, de dinero, de salidas de casa); conductas destructivas que generan

- c) Maltrato sexual: contacto sexual practicado en contra de la voluntad de la mujer.

Estas tres formas de violencia suelen combinarse y es muy difícil encontrarlas por separado y curiosamente repiten tres fases: a) acumulación de tensión: episodios de roces permanentes entre los miembros de la pareja, que generan ansiedad y hostilidad; b) episodio agudo: explosión de violencia que descarga la tensión acumulada; el agresor suele intentar justificar la agresión, al restarle importancia o negar el incidente, c) la luna de miel: Resurgimiento de la relación con arrepentimiento del agresor, quien reconoce su culpa, pide perdón y promete no volver a ser violento. La duración de esta etapa va reduciéndose con el transcurso del tiempo, hasta desaparecer⁴. Para Walker (1979-1989) estas tres fases bien diferenciadas conforman un ciclo y es a lo que él denominó "Teoría del ciclo de la Violencia".

Considerado como un problema menor por parte de la mayoría de los gobiernos, es en la década de los noventa donde éste fenómeno universal comienza a experimentar un cambio, produciéndose una reorientación de la percepción del fenómeno que dará lugar a una serie de declaraciones institucionales, conferencias mundiales e internacionales que condenan la violencia de género y es en este momento donde se produce por parte de las agencias políticas y gubernamentales la adopción de medidas eficaces para el abordaje de esta situación⁵.

En el año 1993, la Asamblea General de la Naciones Unidas aprobó una Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. La Organización de la Naciones Unidas definió la violencia de género como "todo acto de violencia basado en la

pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimientos físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"⁶⁻⁷.

La Organización Mundial de la Salud en su 49 Asamblea Mundial en el año 1996 declara la violencia contra las mujeres una prioridad de salud pública en todo el mundo y el reconocimiento por parte de las Naciones Unidas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer (Beijing 1995) la eliminación de la violencia contra la mujer, es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz⁵.

Sobre esta materia en España en el año 1997, el Consejo de Ministros aprobó el III Plan de igualdad de Oportunidades para las mujeres, del que emanó en el año 1998 el I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica que recogió varias áreas de actuación: sensibilización y prevención, educación, recursos sociales (sanidad, legislación y práctica jurídica).

En este momento el Sistema Sanitario es un espacio privilegiado para la detección y abordaje de la violencia contra las mujeres⁵ ya que los centros de salud son la puerta de entrada al Sistema Sanitario y es donde acuden habitualmente las mujeres en situación de maltrato⁶.

En el año 1999, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaboró el "Protocolo de actuación sanitaria ante malos tratos domésticos".

Dentro de los servicios de salud, se previeron 4 medidas básicas:

- 1- La aprobación y la difusión del "Protocolo de Actuación Sanitaria ante malos tratos domésticos".
- 2- La inclusión en la cartera de Servicios de Atención Primaria de Salud de actividades para la prevención de la violencia y promoción de la salud.
- 3- La puesta en marcha de cursos de formación y sensibilización a profesionales sanitarios.
- 4- Establecer la coordinación interinstitucional⁶.

Es en el año 2004 cuando el Gobierno apuesta por la implantación de la igualdad en todos los ámbitos de la sociedad. Creó la Secretaría General de Políticas de Igualdad dentro del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a la que adscribió el Instituto de la Mujer. El Instituto de la Mujer, creado en 1983 es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tiene como función la promoción y el fomento de las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de la mujeres en la vida política, cultural, económica y social. La Secretaría General de Políticas de Igualdad fue la unidad administrativa que, junto con el Instituto de la Mujer, impulsó la aprobación de las dos leyes más importantes en España sobre esta materia⁸:

1. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia. Hace referencia expresa a la violencia de género o violencia contra las mujeres y plantea medidas que comprometen a diferentes instituciones públicas (administrativa, laboral, penal, educativa, sanidad)⁹. Esta Ley define la violencia de género como aquella que, "como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus

cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia" y "comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad"¹⁰.

2. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo, para hacer efectiva La Igualdad de Mujeres y Hombres (LOIEMH).

Sin duda, ambas leyes han sido las de mayor alcance en el desarrollo del derecho a la igualdad de trato y oportunidades de las mujeres en España hasta este momento, además de ser iniciativas pioneras dentro del marco de legislación de los países de la Unión Europea⁸. En abril de 2007, se editó el Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra la Violencia de Género, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano¹¹. A partir de éste Protocolo Común, cada Comunidad Autónoma ha desarrollado protocolos y guías de actuación sanitaria. La implementación del mismo a largo de estos años ha permitido promover estudios y propuestas metodológicas para un mejor conocimiento del impacto real de este problema de Salud Pública¹¹.

OBJETIVO

El objetivo de ésta revisión bibliográfica consiste en sintetizar los criterios descritos de prevención y actuación por parte de los profesionales enfermeros de Atención Primaria y Urgencias en relación con las víctimas de Violencia de Género.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica mediante la consulta de la base de datos Scielo, Cuiden. Además se utilizó el buscador Google Académico y visitas a portales como Fisterra, Index Enfermería, Dialnet. Las palabras clave utilizadas fueron: Violencia, Violencia de Género, Violencia Doméstica. A las referencias bibliográficas expuestas se suma la información proporcionada de la consulta de libros y artículos de revistas propias de enfermería.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los Servicios de Urgencias son, junto con la Atención Primaria, uno de los lugares más accesibles que encuentran las mujeres víctimas de malos tratos para solicitar ayuda, será el primer o único contacto con los profesionales sanitarios. Unas veces acuden por lesiones o problemas de salud como consecuencia de la violencia en sí (lesiones, somatizaciones, crisis de ansiedad o intentos autolíticos, etc...) otras veces son llamadas de atención ante la necesidad de solicitar ayuda, debemos estar alerta y sospecharlo. Éste tipo de Atención Urgente destaca dos aspectos importantes: la Detección Precoz y la Valoración del Riesgo Vital

que tienen las pacientes víctimas de malos tratos antes de ser dadas de alta de nuestros servicios ¹².

El problema clínico no está tanto en abordar estos casos sino en cómo hacerlo dependiendo de la actitud que adopte la mujer ante la violencia ¹³.

Alphonse Bertillon con esta frase: "Solo se ve lo que se mira, y sólo se mira lo que se tiene en la mente" trataba de destacar la importancia del conocimiento en la dirección de la conducta, y cómo en su ausencia hasta lo más objetivo podía pasar desapercibido ¹³.

Las causas importantes por las que las víctimas de abuso ocultarán su problema son el miedo a perder a sus hijos, vergüenza, tolerancia de la violencia, no tener conciencia de ser víctimas, dependencia emocional, económica o social del agresor, miedo al rechazo social, esperanza de que la situación cambie, ideas culturales o religiosas ¹²...

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS MUJERES ¹²

Consecuencias Fatales

- Muerte

Consecuencias en Salud Física

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc...
- Deterioro funcional.
- Síntomas físicos inespecíficos.
- Peor Salud.

Consecuencias en condiciones crónicas de salud

- Dolor crónico
- Síndrome del intestino irritable.
- Otros trastornos gastrointestinales
- Trastornos del sueño
- Discapacidades.

Consecuencias en salud sexual y reproductiva

- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmi-

sión sexual incluida la infección por el VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cérvix, embarazo no deseado.

- Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal.

Consecuencias en la Salud Psíquica

- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos psicopatológicos.
- Intento de suicidio, autolesiones.
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
- Dependencia psicológica del agresor.

Consecuencias en la Salud Social

- Aislamiento social
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral.
- Disminución del número de días de vida saludable.
- Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse.

CUÁNDO SOSPECHAR MALOS TRATOS

Existen las denominadas señales de alerta y las lesiones asociadas a malos tratos ¹².

El personal de Enfermería cuenta con mayor tiempo de contacto con las usuarias de los Servicios de Salud y Urgencias, es éste en general el que disfruta de la confianza y la empatía suficiente con el paciente por lo cual se convierte en el receptor ideal para la identificación de casos de Violencia y es el que tiene que ofrecer la información suficiente, oportuna y sin prejuicios. Deben de estar alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente sufre malos tratos ¹⁴.

TABLA 1. SEÑALES DE ALERTA

| |
|---|
| - El comportamiento del compañero en el Servicio de Urgencias Hospitalario: pendiente de la paciente, a veces contesta por ella, rehúsa abandonar la estancia y a que estemos a solas con la paciente. Ella continuamente mira al compañero como "pidiendo su aprobación. |
| - Retraso en la búsqueda de solución al problema |
| - Negación a ser explorada más allá de la lesión. |
| - Múltiples visitas anteriores |
| - No coincide la historia que nos cuenta la paciente o acompañante con las lesiones que vemos: no hay concordancia. |
| - Comportamiento depresivo, ansiedad, intentos autolíticos. |
| - Lesiones traumáticas que achacan a accidentes domésticos o caídas fortuitas en el domicilio. |
| - Intoxicación etílica. |
| - Abuso de drogas |
| - Dolores crónicos recidivantes |
| - Estado gestacional |

TABLA 2. LESIONES ASOCIADAS A MALOS TRATOS

| |
|--|
| - Traumatismos faciales. |
| - Erosiones en cara y cuello. |
| - Fracturas mandibulares. |
| - Arrancamiento del lóbulo de la oreja. |
| - Rotura del tímpano. |
| - Traumatismos en tronco. |
| - Traumatismos abdominales. |
| - Equímosis |
| - Lesiones contusas, quemaduras y abrasiones |
| - Hay lesiones en lugares que sugieren posturas defensivas (por ejemplo en los antebrazos). |
| - Lesiones genitales. |
| - Molestias ambiguas. |
| - Intentos autolíticos. |
| - Lesiones en mujeres embarazadas: <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones en mamas, área genital y abdomen. • Complicaciones como abortos, partos pretérmino o recién nacidos de bajo peso. |
| - Los golpes sobre el vientre materno pueden conducir a desprendimientos prematuros de placenta (abruptio traumático) con resultados de partos prematuros, muerte materna por grave hemorragia interna o rotura uterina. |

En los casos en que se sospeche que es así, realizar una Entrevista Clínica Específica y siempre atender a la mujer en un clima de confianza adecuado. La entrevista deberá ir dirigida hacia la lesión o causa de consulta, y si se sospecha preguntaremos directamente por la Violencia Doméstica. La exploración física debe ser minuciosa en forma y fondo para que no se escapen posibles lesiones asociadas. La actitud emocional también nos va a aportar información. Debemos asegurar la confidencialidad de la paciente y garantizar la discreción e intimidad de la misma. Debemos creer a la paciente, tomarla en serio. Iremos realizando preguntas dirigidas desde lo general hasta lo concreto, del tipo: ¿Qué tal van las cosas en casa? ¿Con quién vive? ¿Tiene problemas con su marido? ¿Con los hijos?... Hasta llegar a preguntar ¿Se siente maltratada? ¿Se siente segura en casa? ¿Tiene miedo? ¿La han agredido físicamente o sexualmente? .Una vez confirmados los malos tratos, es importante no culpabilizar, respetar sus decisiones e informar de los peligros que corre y de los medios que tiene. Es aquí donde se deberá valorar en primer lugar la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social y en segundo lugar la valoración de la situación del Riesgo Vital Inmediato tanto Físico, Psíquico y Social o Peligro Externo ¹².

- Físico: Existencia de lesiones que puedan ser causa de compromiso vital para la paciente. Pueden requerir observación o tratamiento especializado.
- Psíquico: Consiste en valorar el riesgo de suicidio. El riesgo será alto si la paciente declara abiertamente su intención de suicidio. Ingreso de la paciente en la Unidad de Salud Mental.

- Social o Peligro Externo: Presente cuando existe un riesgo de amenaza de muerte o de nueva agresión grave. Contactaremos de inmediato con el Juez y los servicios pertinentes; Equipo de Atención a la Mujer (SAM) del cuerpo Nacional de Policía o con los Equipos de Mujeres y Menores (EMUME) de la Guardia Civil, que se desplazarán hasta el Servicio de Urgencias y darán inicio a las medidas de protección, acompañarán a la paciente en caso de emprender acciones legales como la denuncia y darán parte al juez (Servicio Asistencial Integral). Otra opción es contactar directamente con los Centros de Emergencias de la red de asistencia a la mujer a cargo de la Dirección General de la Mujer (en cada comunidad existe un teléfono de emergencias) que valoran las necesidades urgentes y ponen en marcha los recursos necesarios.

En el caso excepcional de no poder contactar con ningún recurso, es nuestra obligación tener a la paciente en observación en urgencias y poner en conocimiento del juez de guardia el caso para que establezca las medidas oportunas.

Si no existe Riesgo Vital Inmediato Físico, Psíquico ni Social previamente al alta domiciliaria deberemos de ¹²:

- a) El trabajador social nos ayudará a contactar con el médico de familia para informarle de la situación y que realice el seguimiento.
- b) Valorar si se trata de una situación aguda o crónica, conocer los recursos de la paciente y tener en cuenta su decisión final; informando pero respetando.
- c) Informar a la paciente sobre:

1. La atención es continuada
2. Recursos socio-sanitarios disponibles según la ciudad y la comunidad, y proporcionarle teléfonos de ayuda urgente.
3. Pasos para formalizar la denuncia, no necesaria para muchos de los recursos existentes.
4. Riesgos que corre su salud y la de sus hijos si los hubiera en caso de mantenerse esa situación.
5. Remitir a Servicios Especializados (Equipo de Salud Mental o Apoyo Psicológico).
6. Registrar los hechos, descripción de lesiones, pruebas diagnósticas, diagnóstico final y actitud terapéutica y evolución de la paciente en la historia clínica.

El papel fundamental del personal de Salud de Enfermería es la prevención de la violencia doméstica dada su cercanía con la gente lo que le permite detectar y actuar de manera directa en los casos que así se requiere, para ello tiene que estar capacitado para su detección y prevención y estar sensibilizado en torno a este problema social ¹⁴. Aunque tienen serias barreras para detectar este tipo de problema de salud: una alta presión asistencial, la falta de formación, desmotivación, no conciencia de problema de salud, prejuicios, miedo a ofender o invadir la intimidad de la víctima y/o desconocimiento de los recursos y ayudas sociales ¹².

Esta problemática no deja indiferente al personal sanitario por lo que puede producir sentimientos de dolor, tristeza, rabia, agresividad, impotencia y afecta a la idea que tengan del mundo y las relaciones y puede repercutir en la práctica asistencial por lo que es importante disponer de herramientas metodológicas para el abordaje de la Violencia de Género, formación y apoyo o seguimiento continuo, coordinación y trabajo en equipo multidisciplinar así como desarrollar estrategias de autocuidado y autoconciencia a fin de que el impacto emocional que el tratar a víctimas de maltrato, no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre las víctimas, ni en el equilibrio emocional de los profesionales ¹³.

CONCLUSIONES

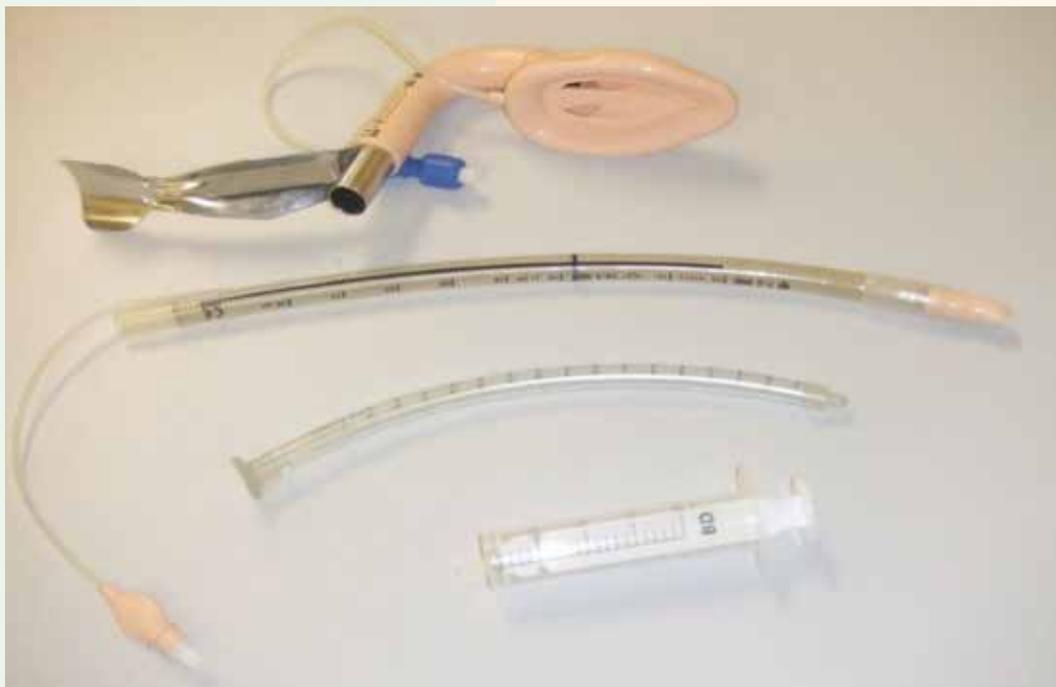
En España la actuación continuada de los servicios sanitarios junto a otros profesionales como Psiquiatras, Psicólogos, Trabajador Social y la colaboración con otros gremios como Policías Locales, Autonómicos y los Recursos Socio-Sanitarios a disposición de las víctimas de Violencia de Género gracias al Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género sensibiliza no solo a la mujer si no al conjunto de la sociedad sobre la necesidad de un cambio en la relación social entre hombres y mujeres sin olvidar que la que va a tomar la decisión última es la víctima de Violencia de Género. Por otro lado es importante fomentar la investigación sobre la Violencia de Género para avanzar en la comprensión de la violencia y su impacto en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres así como la realización de estudios para evaluar las intervenciones realizadas y conseguir minimizar y erradicar éste problema social.

AGRADECIMIENTOS

Revisión Bibliográfica resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por Ángela Calle Pardo, profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de León.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ocampo Otálvaro LE, Amar Amar JJ. Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2011 [citado 23 Abril de 2013]; 27(1):108-123. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0120-55522011000100011&lng=en.
- 2.- Sanmartín Espulgues J. *¿Qué es la violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la Violencia*. *Rev Daimon*. [Internet]. 2007 [citado 20 de abril de 2013]; 42:9-21. Disponible en: <http://revistas.um.es/daimon/article/view/95881>.
- 3.- Rohlfis I, Valls Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gac Sanit*. 2003; 17(4): 263-5.
- 4.- Vera Bustos M, Loredó Abdalá A, Perea Martínez A, Trejo Hernández J. *Violencia contra la mujer*. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex*. 2002; 45(6): 247-251.
- 5.- Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit*. 2007; 21(4): 273-7.
- 6.- Blanco P, Ruiz Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004; 18 (1): 182-8.
- 7.- Arredondo Provecho AB, Broco Barredo M, Alcalá Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2012; 86 (1): 85-99.
- 8.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de la mujer 1983 [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 1983. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/>.
- 9.- Vives-Cases C, Torrubiano Domínguez J, Álvarez Dardet C. Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el período 1998-2006. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2008; 82:91-100.
- 10.- Ley Orgánica de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Internet]. *BOE* nº 313 de 29 de diciembre de 2004. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- 11.- Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2012 [Internet] Madrid: Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2012; 2012 [citado 28 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero>.
- 12.- Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S. *Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias*. *Emergencias* 2008; 20:343-352.
- 13.- Lorente Acosta M. Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias*. 2008; 20: 191-197.
- 14.- Mendoza Flores ME, De Jesús Corona J, García Urbina MC, Martínez Hernández G, Sánchez Vera R, Reyes Zapata H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20: 69-79.



Control de vía aérea con Mascarilla Laríngea de Intubación Fastrach por el profesional de enfermería en el paciente politraumatizado adulto

Autor:
Pablo Pérez Velasco

*Graduado en Enfermería.
Máster Universitario de especialización en cui-
dados de enfermería "urgencias y emergencias".*

()Dirección para correspondencia:
ppv_0089@hotmail.com*

Esta monografía es el resultado del trabajo de fin de Máster tutorizado, por el profesor (asociado) Rafael Romero Doñate de la Escuela Universitaria CEU Cardenal Herrera Oria (Valencia).

El trabajo que se presenta ha sido adaptado por el autor/a con el objetivo de cumplir las normas de publicación de la revista Nuberos Científica.

Recibido: Diciembre 2013
Aceptado: Enero 2014

RESUMEN

La mascarilla laríngea de intubación Fastrach es un dispositivo recomendado especialmente en casos de vía aérea difícil, prevista o no; y para ser utilizada por personal sanitario inexperto en intubación traqueal, teniendo un período de aprendizaje estimado en alrededor de 20 procedimientos. Por este motivo el objetivo de este trabajo es verificar que los profesionales de enfermería pueden utilizar la MLI Fastrach para controlar y asegurar la vía aérea en la atención al politraumatizado, como método alternativo de la intubación.

Para comprobarlo se realizó un estudio observacional a partir de los datos recogidos del "test de aprendizaje", realizado a los profesionales de enfermería inscritos en el curso de Transporte Sanitario Medicalizado en la Escuela Valenciana de Salud, realizando al mismo tiempo una revisión bibliográfica de textos nacionales e internacionales acerca de los métodos para controlar la vía aérea.

Tras el aprendizaje de la técnica el 100% de los profesionales fueron capaces tanto de colocar la MLI Fastrach como de intubar a su través, observando que los tiempos requeridos para conseguirlo eran muy similares en todos los asistentes, demostrando con ello que los profesionales de enfermería, con una formación adecuada, tienen la capacidad de usar la MLI Fastrach para el mantenimiento de la vía aérea en el politraumatizado.

Palabras clave:

- Manejo de la vía aérea.
- Enfermería.
- Traumatismo múltiple.
- Mascaras laríngea Fast-Track.

ABSTRACT

Fast-track laryngeal mask airway (LMA) is a device specially recommended in the intubation of difficult cases of airways, when it is either planned or it isn't. It should be used by inexperienced health personnel (doctors, nurse) in tracheal intubation, being the estimated training at least in 20 practices.

Therefore, the aim of this study is to check that nurses can use the LMA Fast-Trach in order to control and ensure the airway in the care for polytraumatized patients, as an alternative method to intubation.

In order to verify it, an observational study was carried out on the basis of the data collected from the "training test" made by nurses enrolled in "Medical Transport Services" course in Valencia School of Health Studies. At the same time, it was carried through a literature review of national and international scientific articles about airways management and control.

100 % of professionals were able to place both LMA Fast-Trach and intubation through it. Furthermore, it was noted that the time took all those attendees to achieve it was similar. Thereby showing that a proper training enable nurse for use of LAM Fast-Trach in order to keep the airways of polytraumtized patient.

Keywords:

- Airway Management.
- Nursing.
- Multiple Trauma.
- Fast-track laryngeal mask airways.

1. INTRODUCCIÓN

El paciente politraumatizado⁽¹⁾ es aquel que presenta dos o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria. Podemos decir que en este tipo de pacientes, coexisten lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo incidente que comportan, aunque sólo sea una de ellas, riesgo vital para el sujeto.

La atención inicial al paciente politraumatizado⁽²⁻³⁾ debe realizarse de forma sistemática siguiendo las recomendaciones de ATLS (Advanced Trauma Life Support), se comienza con el "reconocimiento primario" control de la vía aérea con control cervical (A), respiración (B) circulación (C), valoración neurología (D) y por último exposición y sondaje (E). Se realiza una rápida valoración con tratamiento simultáneo de las lesiones que comprometen la vida, no ocupándose de otra lesión hasta que no se haya solucionado la primera (A, B, C, D, E), manteniendo siempre, una reevaluación óptima y continua, efectuando posteriormente el reconocimiento secundario para establecer el balance total de las lesiones existentes.

Por tanto, lo primero a valorar y tratar en el paciente politraumatizado es la "vía aérea", siendo la obstrucción de ésta, la causa más frecuente de muerte evitable en los pacientes. El control de la misma se realizará mediante una buena exploración clínica, conociendo, que sólo hay seguridad absoluta de vía permeable cuando el paciente está consciente y habla.

Si tras dicha exploración se ratifica que existen complicaciones en la vía aérea⁽⁴⁾ (obstrucción, apnea, hipoxemia grave, Glasgow < 8, shock hemorrágico grave...) deberíamos actuar de inmediato para solucionarlos. Ello requiere del aislamiento completo de la vía aérea teniendo en cuenta que el manejo debe efectuarse con un exquisito control cervical, ante una posible lesión a este nivel.

La asistencia a este tipo de pacientes se comienza con la apertura de la vía aérea (tracción mandibular) y colocación de "cánula de mayo" y ventilación con bolsa autoinflable, dispositivos que enfermería conoce y usa adecuadamente, presentando un problema importante, no aísla la vía aérea, sólo la permeabiliza, por ello cuando nos enfrentamos a una asistencia prolongada, el riesgo de broncoaspiración es muy alto, siendo un método eficaz, mientras se escoge el método de intubación final.

El mejor método para llevar a cabo el aislamiento y control de la vía aérea es la intubación endotraqueal⁽³⁻⁴⁻⁵⁾ siendo el “estándar de oro”, no obstante su utilización presenta varios problemas: técnica difícil de aprender, requiriendo mucho entrenamiento y práctica clínica para dominarla, además de necesitar hiperextender el cuello para visualizar mejor la glotis, estando contraindicado en este tipo de asistencia.

Una de las alternativas que se dispone en el mercado es Combitubo⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾, dispositivo de doble luz que puede insertarse en tráquea o esófago, haciéndolo casi siempre en este último lugar. Su colocación se realiza a ciegas, siendo utilizado por enfermeras y paramédicos (EEUU, Reino Unido), aunque puede ser costosa sin un entrenamiento adecuado. La ventilación es posible en presencia de collarín aunque su colocación con él, en la práctica es dificultosa (escasa apertura de la boca, tubo muy grande). La principal ventaja que presenta, es que permite la salida de contenido gástrico, reduciendo así la presión del estómago. Su colocación es más dificultosa comparada con la mascarilla laríngea pero mucho más fácil que la intubación endotraqueal para el personal poco entrenado. El rescatador, para poder usar este método, debe estar enfrente del paciente, a un lado suyo o detrás de su cabeza.

Otra alternativa es la que en 1983 Doctor Brain introdujo en el mercado, mecanismo alternativo para controlar la vía aérea “en situaciones de difícil intubación” la mascarilla laríngea^(3, 4) la cual ha evolucionado y modificado con el tiempo.

Dicho dispositivo sólo permeabiliza la vía aérea pudiéndose colocar con el cuello en posición neutra; fácil de usar y manejar requiriendo poco tiempo de aprendizaje. Sin embargo presenta algún problema, es necesario estar detrás del paciente para su inserción, además de no protegernos las vías respiratorias de una posible broncoaspiración cuando se ventila a su través.

Existen otros mecanismos que podemos utilizar para controlar la vía aérea en el paciente politraumatizado como es la mascarilla laríngea Proseal, el I-gel, el “airtraq” o incluso la “vía aérea quirúrgica”, pero requieren, especialmente estos dos últimos, mucha experiencia y ser utilizados por profesionales con un entrenamiento adecuado.

A finales del siglo XX el Doctor Brain creó una modificación de la mascarilla laríngea clásica, (más compatible con la anatomía orofaríngea) llamada mascarilla laríngea de intubación (MLI) o “Fastrach”⁽³⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁾ permitiendo la intubación (a ciegas) a su través con un tubo endotraqueal especial que puede ser hasta del número 8, teniendo este mayor flexibilidad con el fin de evitar los acodamientos y con el extremo distal recubierto de silicona, dándole una menor dureza y evitando, así, lesiones al introducirlo.

La modificación de su diseño anatómico (a través del estudio de resonancias magnéticas de la vía aérea), presentando un tubo metálico curvado, con una asa metálica soldada a ese tubo para facilitar su manipulación, permite su colocación “a ciegas”, con una sola mano, desde cualquier lugar de acceso al paciente con el cuello en posición neutra, convirtiéndola en un sistema de utilidad en el control de la vía aérea en pacientes con traumatismo cervical. Además, la fastrach es un dispositivo que permite oxigenar y ventilar al paciente en todo momento ya que si no se consigue la intubación puede utilizarse como una mascarilla.

Con la modificación de su anatomía se consiguió un sistema que permitía extraer la mascarilla una vez conseguida la intubación sin retirar el tubo endotraqueal, eliminando así la necesidad de introducir los dedos en la boca del paciente, reduciendo así-

mismo la transmisión de enfermedades infecciosas.

Existen tres tamaños de MLI de los números 3, 4 y 5 cuya elección depende del peso del paciente,

Su preparación es muy sencilla se debe introducir deshinchada completamente, cuidando que mantenga su forma original y lubricada con solución hidrosoluble. Una importante característica de ella es que puede limpiarse y esterilizarse hasta en 40 ocasiones la mascarilla y un máximo de 10 el tubo endotraqueal, además de estar libre de látex.

La curva de aprendizaje es muy rápida, se estima que se necesitan 20 procedimientos para tener un correcto manejo del dispositivo.

Tiene una gran fiabilidad presentando un porcentaje de efectividad en su colocación de 95-100% cuando se utiliza como mascarilla, mientras que cuando se realiza la intubación a su través, su tasa de éxito es del 81-100%⁽¹¹⁾.

Aunque presenta muchas ventajas la MLI Fastrach, también muestra alguna complicación y contraindicación en su uso.

Las principales “contraindicaciones”⁽¹¹⁻¹⁴⁾ son; no se puede utilizar en pediatría por no haber aparatos compatibles, con la existencia de patología glótica o tumor de laringe, con la presencia de reflejos conservados y con patología supraglótica; edema, ingestión de cáusticos, hematoma, flemón, absceso.

Mientras que las pequeñas “complicaciones”⁽¹¹⁻¹⁴⁾ que puede acarrear su uso son; ronquera, dolor de garganta, edema faríngeo, pudiéndose presentar alguno más grave como la perforación esofágica.

Este método está recogido en los algoritmos de actuación de una vía aérea difícil⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ o vía aérea no visible inicialmente (VANVI)⁽¹⁷⁾.

Diversa bibliografía consultada hace referencia a este mecanismo de intubación alternativa, tanto en el ámbito quirúrgico, con enfermeras anestesistas, como en intubaciones de urgencia con enfermeras de cuidados intensivos y en urgencias intrahospitalarias⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Mientras que en el apartado de emergencias se han encontrado publicaciones tanto en profesionales de enfermería⁽²⁰⁾, cómo en paramédicos⁽²¹⁾ pero siempre en el ámbito de la simulación clínica.

Con personal médico hay evidencias en los servicios de emergencia⁽¹³⁾ de España y el uso del Fastrach.

Por todo lo referido anteriormente se recomienda este dispositivo a los profesionales de enfermería como principal alternativa a la intubación clásica con laringoscopia para el manejo de la vía aérea en situaciones de emergencia (Parada Cardiorrespiratoria, edema agudo de pulmón...) y en la asistencia al paciente politraumatizado.

2. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Verificar que los profesionales de enfermería pueden utilizar la mascarilla laríngea de intubación Fastrach para asegurar y controlar la vía aérea en la asistencia al paciente politraumatizado, como método alternativo a la intubación.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ESTUDIO.

Demostrar que la práctica de enfermería con Fastrach es efectiva para conseguir un manejo correcto de la vía aérea del paciente politraumatizado.

Comprobar si existe diferencias significativas entre el tiempo medio de colocación y ventilación con Fastrach y el puesto de trabajo que desempeña el enfermero.

Probar la capacidad de los profesionales de enfermería de intubar usando laringoscopios en el ámbito del paciente politraumatizado.

3. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo, a través de la realización de un ensayo controlado, mediante la utilización de un "test de aprendizaje" (Anexo I) para valorar el uso de la MLI Fastrach en los profesionales de enfermería.

El estudio se llevo a cabo en el EVES (Escuela Valenciana de Salud), los días 11, 16 y 17 de Mayo, durante los cuales el Doctor Rafael Romero impartía el taller de vía aérea del "Curso de Transporte Sanitario Medicalizado" con sede en Valencia.

Los participantes eran diplomados de enfermería, todos los alumnos que participaban, siendo la muestra final del estudio de 30 enfermeros, divididos en grupos de 11, 8 y 11 alumnos.

Antes de empezar el curso, cada día, se pasaba un cuestionario (Anexo II) cuya finalidad era obtener información de sus conocimientos previos y conocer donde desarrollaban su práctica profesional.

Al finalizar el taller, tras recibir la parte teórica y después de practicar en el maniquí, se recogía los datos de cada alumno mediante el "test de aprendizaje"⁽²¹⁾ con el cual, se evaluaba la destreza del control de la vía aérea medida tiempo (segundos).

La valoración del alumno se realizaba de la siguiente manera:

Tras plantear un caso clínico, paciente politraumatizado con collarín philadelphia, el profesional de enfermería elegía la secuencia que iba a seguir: colocación de cánula de mayo y ventilación con bolsa autohinchable, mientras se prepara para la intubación con MLI Fastrach.

Para medir los tiempos se hizo de la siguiente forma:

1. Tiempo para ventilar con MLI Fastrach: desde que la enfermera decidía que iba a utilizar la fastrach hasta que realizaba la primera ventilación satisfactoria con la bolsa autoinflable.
2. Tiempo para intubar a través de MLI Fastrach: sumatorio de lo que se tardaba en colocar la mascarilla y posteriormente intubar a través de ella y realizar una primera ventilación positiva.

El último dato que faltaba por recoger, tras cada caso clínico, era la capacidad de intubación usando el laringoscopio en el maniquí con collarín cervical.

Los datos obtenidos con este test se introdujeron a una base de datos donde se analizaron mediante el programa estadístico R-Comander, con la finalidad de poder responder a los objetivos planteados.

4. RESULTADOS

Fueron los siguientes:

Todos los alumnos fueron capaces de colocar, ventilar e intubar al primer intento con la MLI Fastrach, en el ambiente del paciente politraumatizado, en un maniquí con collarín philadelphia.

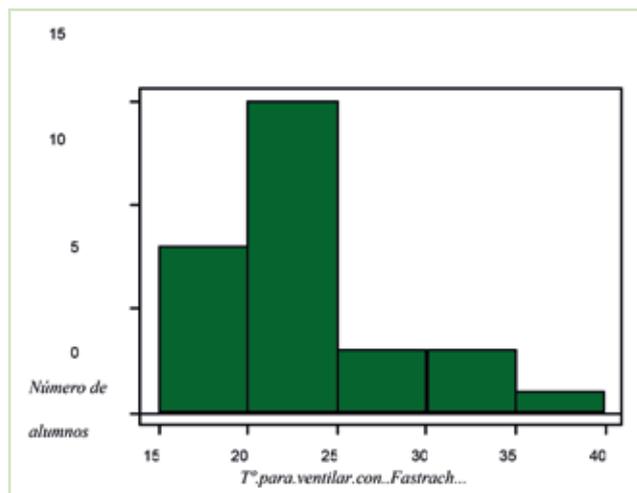


Gráfico I: Relación número alumnos y el tiempo (segundos) para ventilar con Fastrach

Como muestra la gráfica, el tiempo para ventilar con Fastrach hasta la primera ventilación satisfactoria con bolsa autohinchable, se sitúa en torno a los 23,53 segundos, observándose que la mitad (15 alumnos) se encontraban en el valor medio.

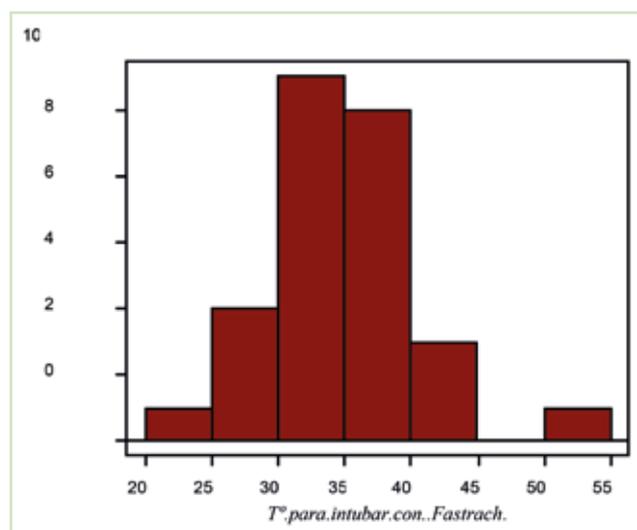


Gráfico II: Relación número de alumnos y el tiempo (segundos) para intubar con MLI Fastrach.

Evaluando el "tiempo para intubar con fastrach" muestra una media de 35,77 segundos, observándose como los tiempos utilizados son más variables que en los empleados en la ventilación.

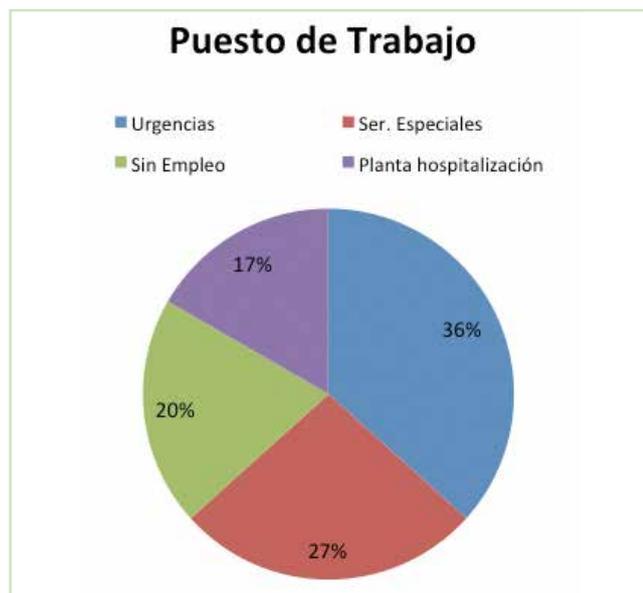


Gráfico III: distribución de los puestos de trabajo.

El gráfico muestra la distribución de los alumnos por servicios, siendo 11 servicio de urgencias, 8 de Servicios Especiales (quirófano, UCI, reanimación), 5 trabajaban en planta de hospitalización y 6 sin empleo.

Relacionando el puesto de trabajo y el tiempo para ventilar con MLI Fastrach, se obtuvieron los siguientes resultados: urgencias (35,63 segundos), servicio especial (35,5 segundos), sin empleo (36 segundos) y por último como en la anterior variable, hospitalización tardaron de media 36,2 segundos.

Posteriormente estos tiempos se analizaron con el test ANOVA para determinar si existía relación entre las dos variables.

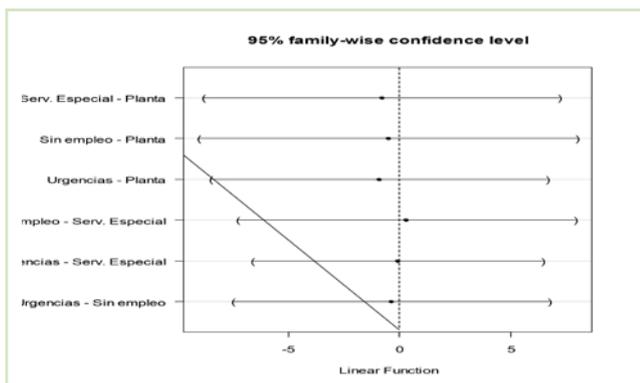


Gráfico IV: Relación puesto y tiempo para ventilar con Fastrach.

Se obtuvo un p-valor: 0,9884, valor que demuestra que no se tiene evidencia para concluir que existen diferencias significativas entre el tiempo de ventilar con fastrach y el puesto que desempeñan los profesionales de enfermería.

De igual forma se evaluó si existía dependencia entre el puesto de trabajo y el tiempo para intubación con MLI Fastrach, donde se obtuvo que los tiempos medio dividido en aéreas de trabajo fueron muy similares en todas: urgencias (23,27 segundos), servicio especial (23,37 segundos), sin empleo (23,66 se-

gundos), mientras que la mayor media corresponde a los enfermeros de hospitalización con 24,20 segundos.

Estos resultados se analizaron a través del test de ANOVA, para valorar si esas diferencias se consideraban significativas.

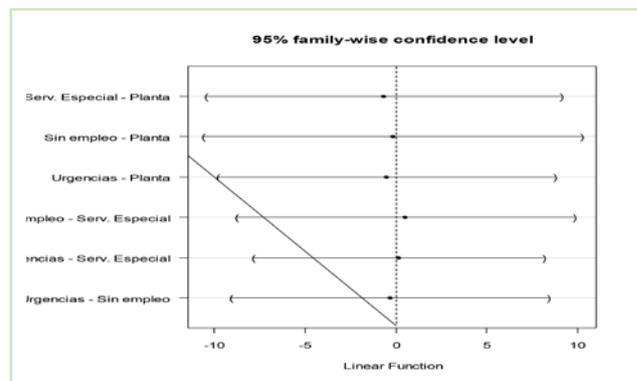


Gráfico V: Relación puesto y tiempo para intubar con Fastrach.

Se obtuvo un p-valor: 0,9969 por lo tanto no se tiene evidencia para concluir que existen diferencias significativas entre el tiempo de intubar utilizando la MLI Fastrach y el puesto de trabajo.

Por último respecto a la intubación con laringoscopia, en paciente politraumatizado, ninguno de los alumnos obtuvo resultados satisfactorios en la realización de técnica.

5. DISCUSIÓN

El porcentaje de éxitos del estudio, tanto en la colocación de la MLI Fastrach (ventilación), como en la intubación a su través, es del 100% a pesar de los escasos conocimientos que tenían los profesionales de enfermería al iniciar el taller, fueron todas capaces de conseguir a su conclusión un buen manejo.

Este estudio demuestra como lo hacen otros publicados (18-19-20) que los profesionales de enfermería son capaces si la situación lo requiere de controlar la vía aérea mediante la utilización de la MLI Fastrach, ventilando e incluso intubando a su través.

No se encontró diferencias significativas entre la capacidad de ventilar con la MLI Fastrach y la intubación a través de ella con el puesto de trabajo que desempeñan los enfermeros. Este método, es válido para todos los profesionales de la enfermería, aunque cabe destacar que se necesita un aprendizaje previo para poder conseguir un correcto manejo, este aspecto se recoge en la literatura existente.

Se debe destacar que este trabajo tiene alguna limitación consecuencia que los alumnos eran consciente de que los escenarios eran simulados, esta característica puede ser un sesgo de este estudio (en cuanto a tiempos y capacidades), y sería preciso seguir ensayando en otros ámbitos, tanto en quirófano como posteriormente en urgencias intrahospitalarias como extrahospitalarias.

Además se trata de una muestra con escaso número de participantes.

Por otro lado aunque la intubación con laringoscopia no forma parte de la técnica de la MLI Fastrach se comprobó que ninguno de los alumnos fue capaz de intubar con la técnica

mencionada en el ámbito de la simulación con paciente politraumatizado.

Este aspecto tiene relativa importancia dado que se dispone de la alternativa de la Fastrach y así es aceptado por la actual literatura científica.

6. CONCLUSIÓN

El estudio en este grupo de alumnos verifica lo que ya dicen las publicaciones existentes en cuanto a la facilidad, rapidez de aprendizaje y eficacia de la MLI Fastrach para controlar la vía aérea en el paciente politraumatizado.

Este trabajo evidencia que no existen diferencias significativas entre el correcto manejo de la MLI Fastrach y el puesto de trabajo que desempeñe el profesional de enfermería. Esto es así hasta tal punto que los profesionales en desempleo muestran la misma capacidad que los demás.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Domínguez J.V. Atención al paciente politraumatizado en un servicio de urgencias hospitalarias. *Enfermería integral*, diciembre 2005.
- 2.- Canabal Berlanga A.; Perales Rodríguez de Viguri N.; Navarrete Navarro P.; Sánchez-Izquierdo Riera JA. *Manual de soporte vital avanzado en trauma*. 2.ª edición revisada. Capítulo 2, páginas: 21-27.
- 3.- Canabal Berlanga A.; Perales Rodríguez de Viguri N.; Navarrete Navarro P.; Sánchez-Izquierdo Riera JA. *Manual de soporte vital avanzado en trauma*. 2.ª edición revisada. Capítulo 5, páginas: 77-95.
- 4.- Portela Romero M.; Bugarín González R. Intubación endotraqueal en urgencias extrahospitalarias. *Guías clínicas* 2006; 6 (50).
- 5.- Biarge AN.; Silles Suarez L. Manejo prehospitalario de la vía aérea en el paciente politraumatizado. *Emergencias* 1999; 11:47-53.
- 6.- Frass M.; Urturbia R. Combitubo para Intubación Urgente en Situación de No Poder Ventilar. *Anestesia en México*, Vol.16, No.3, (Julio-Septiembre) 2004.
- 7.- Fonseca Ruiz N.J.; Gaviria Rivera E. *El Combitubo*. *Rev. Col, Anest*, 26: 247, 1998.
- 8.- Gabbott DA. El "combitubo". Su papel en el abordaje de la vía respiratoria y la reanimación. *Emergencias y catástrofe*. Vol.2, Núm.3 2001 pp: 141-144.
- 9.- Guzmán O.J. Mascarilla laríngea Proseal. *Rev Chil Anest*, 2009; 38: 107-113.
- 10.- Izquierdo B.; Lafuente N.; Viu D., Ruiz R., Abengoechea JM.; Ruiz J. Mascarilla laríngea Proseal. *Rev. Esp. Anestesiología. Reanim.* 2006; 53: 556-565.
- 11.- Añez Simón C.; Boada Pie S.; Solsona Dellá B. Mascarilla laríngea para intubación fastrach. *Revista Española Anestesiología, Reanimación* 2000; 47:352-362.
- 12.- Chamorro C.; Martínez-Melgar JL.; Romera A, de la Calle N.; Borralló JM.; Pardo C. Uso de la mascarilla laríngea (LMA-Fastrach) en pacientes críticos con intubación difícil. *Emergencias* 2000; 12:130-132.
- 13.- Chayan Zas ML.; Iglesias Vázquez JA.; Chayan Zas A.; Faraldo Balado V.; Barreiro Díaz MV.; Cegarra García M. La mascarilla laríngea Fastrach® en el control extrahospitalario de la vía aérea de pacientes críticos. *Emergencias* 2009; 21:172-176.
- 14.- Ramón Coloma O.; Rocco C. Mascarilla laríngea de intubación (Fastrach™). *Rev Chil Anest*, 2009; 38:125-128.
- 15.- James M. Rich, CRNA, MA. *Recognition and management of the difficult airway with special emphasis on the intubating LMA-Fastrach/whistle technique: a brief review with case reports*. BUMC PROCEEDINGS 2005; 18: 220-227.
- 16.- Joo H.; Rose K. Fastrach- a new intubating laryngeal mask airway: successful use in patients with difficult airways. *CAN J ANAESTH* 1998/ 45: 3/ pp 253-256.
- 17.- Jarma Antacle N. Vía aérea no visible inicialmente (VANVI). Propuesta de algoritmo para su manejo. *Emergencias* 2006; 18: 236-239.
- 18.- Dörger V.; Wenzel V.; Neubert E.; Schmucker P. Emergency airway management by intensive care unit nurses with the intubating laryngeal mask airway and the laryngeal tube. *Crit care* 2000; 4: 369-376.
- 19.- Buach I, Claes D, Thomsin S, Stefanini JL, Fraipont V, Degesves S et al. Effectiveness of intubating laryngeal mask airway (ILMA Fastrach) used by nurses during out of hospital cardiac arrest resuscitation. *Acta Anaesthesiol Belg.* 2009; 60(4):235-8.
- 20.- Kette F, Reffo I, Giordani G, Buzzi, F, Boreal V, Cimarosti R et al. The use of laryngeal tube by nurses in out-of-hospital emergencies: Preliminary experience. *Resuscitation* 66.1 (2005): 21-25.
- 21.- Menzies R.; Manji H. The intubating laryngeal mask: is there a role for paramedics. *Emerg Med J* 2007; 24: 198-199.

ANEXO I (RESULTADOS DEL TEST APRENDIZAJE REALIZADO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA)

| Enfermero | Intubar en politraumatizado IOT Clásica | Colocar y ventilar "Fastrach" | T° para ventilar con "Fastrach" | Intubar con "Fastrach" | T° para intubar con "Fastrach" | N° intentos | Puesto |
|-----------|---|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------|----------------|
| 1 | No | Sí | 31 segundos | Sí | 42 segundos | 1 | Planta |
| 2 | No | Sí | 25 segundos | Sí | 37 segundos | 1 | Urgencias |
| 3 | No | Sí | 20 segundos | Sí | 34 segundos | 1 | Sin empleo |
| 4 | No | Sí | 18 segundos | Sí | 27 segundos | 1 | Serv.Especial |
| 5 | No | Sí | 22 segundos | Sí | 32 segundos | 1 | Planta |
| 6 | No | Sí | 20 segundos | Sí | 30 segundos | 1 | Urgencias |
| 7 | No | Sí | 19 segundos | Sí | 34 segundos | 1 | Sin empleo |
| 8 | No | Sí | 31 segundos | Sí | 42 segundos | 1 | Sin empleo |
| 9 | No | Sí | 25 segundos | Sí | 40 segundos | 1 | Serv.Especial |
| 10 | No | Sí | 15 segundos | Sí | 24segundos | 1 | Serv.Especial |
| 11 | No | Sí | 19 segundos | Sí | 31 segundos | 1 | Sin empleo |
| 12 | No | Sí | 26 segundos | Sí | 40 segundos | 1 | Planta |
| 13 | No | Sí | 21 segundos | Sí | 30 segundos | 1 | Urgencias |
| 14 | No | Sí | 38 segundos | Sí | 55 segundos | 1 | Urgencias |
| 15 | No | Sí | 23 segundos | Sí | 34 segundos | 1 | Planta |
| 16 | No | Sí | 22 segundos | Sí | 37 segundos | 1 | Urgencias |
| 17 | No | Sí | 23 segundos | Sí | 35 segundos | 1 | Urgencias |
| 18 | No | Sí | 24 segundos | Sí | 39 segundos | 1 | Urgencias |
| 19 | No | Sí | 22 segundos | Sí | 31 segundos | 1 | Urgencias |
| 20 | No | Sí | 24 segundos | Sí | 37segundos | 1 | Sin empleo |
| 21 | No | Sí | 19 segundos | Sí | 33 segundos | 1 | Planta |
| 22 | No | Sí | 22 segundos | Sí | 34 segundos | 1 | Urgencias |
| 23 | No | Sí | 23 segundos | Sí | 38 segundos | 1 | Serv. Especial |
| 24 | No | Sí | 23 segundos | Sí | 34s egundos | 1 | Serv. Especial |
| 25 | No | Sí | 29 segundos | Sí | 38 segundos | 1 | Sin empleo |
| 26 | No | Sí | 22 segundos | Sí | 35 segundos | 1 | Urgencias |
| 27 | No | Sí | 17 segundos | Sí | 29 segundos | 1 | Urgencias |
| 28 | No | Sí | 27 segundos | Sí | 40 segundos | 1 | Serv. Especial |
| 29 | No | Sí | 25 segundos | Sí | 36 segundos | 1 | Serv. Especial |
| 30 | No | Sí | 31 segundos | Sí | 45 segundos | 1 | Serv. Especial |

ANEXO II (CUESTIONARIO PARA ENFERMERÍA, SOBRE “CONTROL DE LA VÍA AÉREA” EN EL CURSO TRANSPORTE SANITARIO MEDICALIZADO 2011)**1. Lugar de trabajo en la actualidad.**

- a) Urgencias.
- b) Servicio especial (quirófano, UCI, uvi móvil...).
- c) Centro de salud.
- d) Planta de hospitalización.
- e) Sin empleo.

2. ¿Ha realizado algún curso anteriormente sobre la vía aérea? Que incluya, control de la misma, dispositivos que hay en el mercado, técnicas de intubación, práctica en maniquí etc.

- a) Sí.
- b) No.

3. En la asistencia a un paciente politraumatizado que dispositivo para controlar la vía aérea elegirías.

- a) Intubación endotraqueal.
- b) Cánula de Mayo y bolsa auto-hinchable.
- c) Método alternativo de intubación.
- d) Cricotomía.

4. Dentro de los dispositivos alternativos a la intubación cual piensas que es el más adecuado para controlar la vía aérea de un paciente politraumatizado.

- a) Combitubo.
- b) Mascarilla laríngea.
- c) I-gel.
- d) Fastrach.

5. ¿Consideras necesario aprender y dominar un método alternativo a la IET con laringoscopia, para tu labor asistencial?

- a) Sí.
- b) No.

6. En caso de que lo considere necesario. ¿Cuál de los dispositivos mencionados elegiría usted para aprender y entrenarse en su uso?

- a) Fastrach.
- b) Combitubo.
- c) I-gel.
- d) Mascarilla laríngea.

7. Cree que enfermeras/os estamos capacitados para poder llevar a cabo un control de la vía aérea?

- a) Sí.
- b) No.



Autor: Manuel Herrero Montes

Enfermero

Email: manuelhemo@gmail.com

Sra. Directora:

En una reciente visita a España, Judith Shamian, presidenta del Consejo Internacional de Enfermería (ICN), afirmó: "Cuando salgáis de la crisis las necesitaréis y no estarán" refiriéndose a los cientos de enfermeras que están emigrando hacia otros países en busca de trabajo.

En mi entorno, dos compañeras, Eva y María, han emprendido el mismo camino que otras tantas enfermeras en nuestro país.

Eva se diplomó en el año 2010 y en el curso 2012- 2013 estudió un máster. Tras varios contratos temporales, algunos de ellos de duración inferior a una semana, decidió emigrar en busca de la estabilidad laboral que no encontraba en España. A María la conocí en el año 2012 siendo alumna en la unidad donde trabajo y aunque ya en aquella época decía que le gustaría vivir en el extranjero, ha tardado un año en marcharse, durante este tiempo trabajó como dependienta en un centro comercial y tras realizar múltiples trámites y entrevistas a través de internet consiguió que la contrataran en Inglaterra.

Todos los profesionales perdemos con su marcha. Necesitamos a las compañeras recién acabadas porque aportan formas de hacer y de ver el trabajo que resultan complementarias y muy valiosas. Tienen conocimientos renovados, ilusión, ganas de aprender y ganas de cambiar las cosas, dominan las nuevas tecnologías, nos hacen reflexionar sobre nuestras prácticas y nos ofrecen otras muchas "aportaciones insensibles" difíciles de concretar, pero que marcan el funcionamiento de los grupos de trabajo. Los equipos que combinan experiencia y juventud están mejor preparados para enfrentarse a los retos que se nos plantean a diario y para evolucionar al ritmo de los cambios tecnológicos y sociales.

Todos como sociedad perdemos con su marcha. El gasto público que supone un alumno universitario, según La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), supera los 11.000 dólares al año ¹. La inversión pública que se realiza en nuestro país en la formación de estos profesionales se "rentabilizará" en los países donde van a realizar su labor profesional. Además, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ² de 2013, la media europea de profesionales de Enfermería por cada 100.000 habitantes está en 759 y hay países como Finlandia, Dinamarca o Bélgica con un ratio de 2.356, 1.585 y 1.540 profesionales por 100.000 habitantes. Frente a estas cifras, España muestra una tasa de apenas 528 profesionales por 100.000 habitantes, a la cola de Europa sólo por delante de Letonia, Eslovaquia, Bulgaria, Grecia, Italia, Chipre, Suecia y Países Bajos. Numerosos estudios muestran una relación entre la dotación de enfermeras y la mortalidad ³. A menor número de enfermeras mayores tasas de efectos adversos y de mortalidad.

Needleman ⁴ afirma que "si todos los hospitales incrementaran su plantilla de enfermeras tituladas hasta alcanzar el 25% de los hospitales con mayor dotación de enfermeras, se evitarían más de 6.700 muertes intrahospitalarias y alrededor de 60.000 eventos adversos. Estos hallazgos no incluyen el valor añadido a las familias o la reducción de morbilidad, como por ejemplo la reducción de dolor o de absentismo laboral, así como elevados ahorros para los hospitales". Con los datos que aporta la evidencia científica resulta imprescindible que se pongan en marcha mecanismos para aumentar el número de profesionales con el objetivo de mejorar la asistencia sanitaria.

Estoy seguro que cuando regresen vendrán cargadas de nuevos conocimientos y de nuevas formas de ver la vida. Volverán a nuestros hospitales y centros de salud y nos enseñarán nuevas formas de trabajar. A través de sus experiencias, aprenderemos a valorar y defender nuestro sistema sanitario. Nos ayudarán a todos a apreciar el esfuerzo de los millones de personas que en todo el mundo tienen que dejar su país en busca de trabajo, nos enseñarán a respetar a todos los inmigrantes, porque ellas han sido inmigrantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- OECD. Education at a Glance 2013: OECD Publishing; 2013.
- 2.- World Health Organization. World health statistics 2013: World Health Organization; 2013.
- 3.- Martínez Ques AA. ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? Evidencia 2007 ene-feb; 4(13). En: /evidencia/n13/304articulo.php [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 19 de Enero de 2014.
- 4.- Needleman J, Buerhaus PJ, Stewart M, Zelevinsky K, Mattke S. Nurse Staffing In Hospitals: Is There A Business Case For Quality? Health Aff. 2006;25(1):204-11.

Agenda =

X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

"Innovando en cuidados"

Murcia, del 26 al 28 de Marzo de 2014

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

Más información: <http://www.10enfermeriaquirurgica.com/>

XXXV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES (ANECIPN)

Sanxenxo (Pontevedra), del 2 al 4 de Abril de 2014

Organizado por la ANECIPN

Más información: <http://www.anecipn.org/home.php>

XXI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

"La aventura de envejecer"

San Sebastián, 3 y 4 de Abril de 2014

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Más información: <http://congreso.seegg.es/>

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

"Los cuidados enfermeros desde una aproximación relacional"

Toledo, del 9 al 11 de Abril de 2014

Organizado por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental

Más información: <http://www.anesm.net/>

XIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

"Enfermera en C.T.O.: Integrando ciencia y emociones"

Málaga, del 23 al 25 de Abril de 2014

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia (AEETO)

Más información: <http://www.fabulacongress.es/congreso/enfermeria/traumatologia/>

35º CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

"Avanzando hacia la autonomía"

Murcia, del 7 al 9 de Mayo de 2014

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Más información: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/principal.htm>

30º JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Santander, del 7 al 9 de Mayo de 2014

Organizado por Asociación Jornadas de Enfermería en Cirugía Ortopédica y Traumatológica y el Hospital de Laredo

Más información: <http://www.30enfermeriaortopedica.com/>

JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

"Calidad, el camino hacia la excelencia"

Toledo, 8 y 9 de Mayo de 2014

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería Oncológica

Más información: <http://www.seeo.org/>

24th CONFERENCE OF THE EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION

X SIMPOSIO NACIONAL SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

Madrid, del 16 al 18 de Mayo de 2014

Organiza: European Wound Management Association y el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

Más información: <http://ewma2014.org/es/>

4º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

"Humanización y evidencia en los cuidados"

Alicante, del 28 al 30 de Mayo de 2014

Organizado por la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía

Más información: <http://www.fabulacongress.es/congreso/enfermeriacirugiaseecir2014/>

XXI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

"Sumando competencias en el área digestiva"

Toledo, del 4 al 6 de Junio de 2014

Organizado por la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva

Más información: <http://www.aeepe.com/index.php/congreso-actual>

XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR Y HERIDAS

"Enfermería 3D. Un desafío profesional"

Madrid, 5 y 6 de Junio de 2014

Organiza la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas

Más información: <http://www.aeev.net/congreso.php>

CONGRESO EXTRAORDINARIO 2014 DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Madrid, del 5 al 7 de Junio de 2014

Organizado por la Asociación Española de Pediatría

Más información: <http://www.aeped.es/eventos/2014/congreso-extraordinario-2014-asociacion-espanola-pediatria>

XL CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS

"La atención al paciente crítico: un objetivo sin fronteras"

Madrid, del 15 al 18 de Junio de 2014

Organizado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

Más información: <http://seeiuc.org/>

Normas de publicación de manuscritos

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria y de otras Autonomías.

En ella tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la **enfermería basada en la evidencia científica**.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

- Normas generales de publicación.
 - Trabajos o estudios científico técnicos.
 - Proyectos de investigación científica.
 - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
- Ilustraciones.
 - Tablas y gráficos.
 - Fotografías.
- Referencias bibliográficas.
- Normas éticas.
- Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'negritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados "... " para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados "... " para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
 - Título del artículo, que deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
 - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
 - Lugar de trabajo, departamento e institución.
 - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito y su dirección electrónica.
 - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en al Revista.

En la **segunda página** se incluirá el RESUMEN/ABSTRACT y en 200 palabras (español/inglés) que, de forma resumida, esboce:

- Justificación.
- Metodología.
- Conclusiones importantes.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Resultados relevantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje Mesh.

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico-técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

- Título
- Introducción-Justificación.
- Objetivos: general y específicos.
- Metodología (material y métodos).
- Resultados.
- Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
- Bibliografía.
- Anexos.

Los **trabajos de investigación** de carácter cualitativo deben contener además:

- Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
- Metodología propia de análisis cualitativo.

Los **proyectos de investigación científica** deben contener los siguientes capítulos:

- Título.
- Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico.
- Hipótesis. Objetivos.
- Metodología.
- Aspectos éticos.
- Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad.
- Plan de trabajo.
- Experiencia del equipo investigador.
- Medios disponibles y necesarios.
- Bibliografía.
- Relación de anexos.

Las **monografías** deben cumplir las siguientes normas de publicación:

- Resumen. Abstract
- Palabras clave
- Introducción-Justificación. Análisis de la situación y/o estado actual del tema. Marco teórico.
- Objetivo.
- Metodología búsquedas bibliográficas
- Análisis de resultados.
- Discusión
- Conclusiones
- Agradecimientos
- Bibliografía

Las **cartas al director** serán dirigidas a la Sra. Directora y el texto tendrá una extensión de 700 palabras, una sola tabla, figura o gráfico y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

2. ILUSTRACIONES

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos:

Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar donde correspondan. Serán sencillas, con título breve y las abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.

Fotografías, grabados y dibujos:

Se incluirán solo cuando sean necesarias para la comprensión del texto. Solo se admitirán un máximo de cuatro ilustraciones por trabajo. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF e incluidos donde correspondan en el texto.

NUBEROS CIENTÍFICA se reserva el derecho de introducir fotos o dibujos alusivos al tema tratado, cuando los autores no hayan enviado otras de su elección.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).

Se recomienda un máximo de 30 referencias, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se solicitará a personas e instituciones su consentimiento para realizar el trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS MANUSCRITOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito, incluyendo las ilustraciones o fotografías.
- Archivos con imágenes o ilustraciones (archivos con formato .jpg, .tif, .eps, ...)



COLEGIO de
ENFERMERIA de
CANTABRIA

*Al servicio
del colegiado*

AULA de INVESTIGACIÓN

- Asesoría sobre trabajos científicos
- Cursos básicos de Investigación
- Dirección y edición de la revista Nuberos Científica
- Base de datos científica para búsquedas bibliográficas

ASESORÍA de FORMACIÓN

- Organización de cursos y talleres para los colegiados
- Asesoramiento en proyectos formativos

ASESORÍA de COMUNICACIÓN

- Edición de Nuberos Información
- Edición del Boletín Electrónico semanal
- Edición de noticias y videonoticias en la web
- Apoyo a los colegiados en la edición y comunicación de los trabajos científicos
- Comunicaciones de prensa, radio y TV

PROTECCIÓN JURÍDICA

- Defensa jurídica en temas profesionales
- Asesoría sobre temas jurídicos personales

INFORMACIÓN FISCAL

- Declaraciones de IRPF de los colegiados
- Consultas y actuaciones en temas fiscales

AULA SENIOR

- Cursos y talleres de formación para jubilados
- Organización de actividades de ocio

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA (FECAN)

- Formación dirigida a colegiados
- Promoción de hábitos saludables en la comunidad
- Formación en cuidados de la salud dirigida a estudiantes, profesores y cuidadores

COMITÉ DEONTOLÓGICO

- Control de la correcta actuación profesional
- Revisión del cumplimiento de los principios y reglas que controlan las profesión

COMITÉ DE GESTIÓN SOBRE COMPETENCIAS PROFESIONALES

- Análisis de las causas de intrusismo
- Asesoría sobre competencias profesionales