

conocimiento ENFERMERO



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

Revista científica del CODEM

Número 3

ISSN 2605-3152

Enero 2019



EDITA

Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid (CODEM)

DIRECTOR

D. Antonio A. Arribas Cachá

DIRECTORA EJECUTIVA

D^a. Teresa Blasco Hernández

COORDINADORA

D^a. Miriam Hernández Mellado

COMITÉ CIENTÍFICO

Jenifer Araque García
Ana Robles Álvarez
Elena Núñez Acosta
Laura Lázaro Hidalgo
Anaís Núñez Mata
Sara Sánchez Castro
Ana Belén Salamanca Castro
Verónica Martín Guerrero
Leyre Rodríguez Leal
David Peña Otero

ASESORES CIENTÍFICOS

Elena Viñas Toledo
Andrea Hernández Solís
Álvaro Trampal Ramos
Sara León González
Ricardo Borrego de la Osa
Romy Kaori Dávalos Alvarado
Cesar Manso Perea

ISSN: 2605-3152



Contenido

3 EDITORIAL

El cuerpo de conocimientos propio de la enfermería a través de las Taxonomías del cuidado

5 ESTUDIOS ORIGINALES

El Diagnóstico de Enfermería a revisión en los servicios de urgencias hospitalarios

Juan Carlos Fernández Gonzalo, Purificación González Villanueva, Sonia Velado Cuadrado

13 ESTUDIOS ORIGINALES

Análisis de las experiencias de mujeres víctimas de Violencia de Género en la consulta de enfermería. Estudio cualitativo

Deborah Atance Pereira

29 ESTUDIOS ORIGINALES

Comparación de la vía intraósea e intravenosa en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria.

¿Debería la enfermería de emergencias considerar la vía intraósea como primera opción en los pacientes adultos?

Adrián Martínez Tapia

43 ESTUDIOS ORIGINALES

Vivencias de la paternidad a través del rol de acompañante en el trabajo de parto en la Comunidad de Madrid: una comparación generacional

Rocío González, Laura Barés Leal, Lucía Caffarena Morán, Elena Castro López, Raquel Martínez Bergada, Alejandro Pérez San Emeterio

53 ESTUDIOS ORIGINALES

Impacto de la implantación de un Check-list de Seguridad en una unidad de cuidados intensivos

Daniel Valderas Castilla, Julián Villarín Hernández, M. Inmaculada Martín Pacheco, M. Paz Gallardo Delgado, Montserrat del Olmo Pérez, Blanca López Matamala, Carmen Martín Parra

EDITORIAL

El cuerpo de conocimientos propio de la enfermería a través de las Taxonomías del cuidado

En la publicación de la edición 2015-2017 de la NANDA-I, pendiente de traducción al español de la edición 2018-20, se incorporan una serie de conceptos y elementos novedosos a nivel **científico, conceptual y de aplicación en la práctica** sobre los que considero que merece la pena reflexionar, sobre todo teniendo en cuenta la gran repercusión que tienen sus contenidos en la labor de los profesionales de enfermería en España, al tratarse de la taxonomía de diagnósticos de enfermería seleccionada por nuestra administración sanitaria para la elaboración de los “Informes de cuidados de enfermería” (Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud).

En concreto, y dentro de los conceptos reflejados en el ámbito conceptual, me centraré en la afirmación que refleja en relación a sus contenidos, valorándolos como un **cuerpo de conocimientos enfermeros**, lo que supone el establecimiento de un nivel superior de consideración de los mismos.

Esta nueva valoración de los contenidos supone un impulso en la evolución y desarrollo de esta taxonomía diagnóstica que nació en un primer momento como una simple recopilación, descripción y adjudicación de nombre a algunos de los procesos que las enfermeras abordaban en su práctica diaria, que permitió la elaboración de un **listado** en la primera I Conferencia de la ANA en 1973.

Posteriormente, este listado se fue completando realizando su presentación de manera ordenada en forma de un **listado alfabético** de 50 diagnósticos de enfermería en la V Conferencia de la ANA en 1982.

El siguiente paso fue clasificar, organizar y estructurar sus contenidos en forma de una taxonomía, generando la **taxonomía I** de la NANDA en la VII Conferencia (1986), para en el año 2000 establecer la **taxonomía II** con 150 diagnósticos de enfermería.

Pues bien, en esta edición 2015-2017, manifiesta que sus contenidos ya no se consideran únicamente como un lenguaje, sino que realmente constituyen un **cuerpo de conocimientos enfermeros**, cuestión esta sobre la que considero necesario realizar un proceso de reflexión que permita obtener conclusiones sobre la repercusión y relevancia que tiene sobre la propia disciplina enfermera y sobre los profesionales en su práctica diaria.

Para ello, es necesario partir de fundamentos objetivos que aseguren la obtención de conclusiones válidas. En este sentido, parece básico comenzar describiendo la importancia que tiene la existencia y el manejo por parte de los profesionales de su propio cuerpo de conocimiento,

Cada disciplina dispone de su propio cuerpo de conocimientos, que es el que permite identificarlo, personalizarlo y diferenciarlo del resto de disciplinas del mismo área o ámbito, por lo que los profesionales tienen la **obligación** de conocerlo, manejarlo, utilizarlo y aplicarlo de manera habitual en su práctica profesional, para el desarrollo de un ejercicio consecuente.

En el ámbito de las disciplinas sanitarias, la atención a la salud de la población es proporcionada por **diferentes profesionales sanitarios**, entre los que se encuentran enfermeras, médicos y fisioterapeutas. Esto motiva que exista colaboración y, en ocasiones, hasta superposición de las actuaciones desarrolladas

«En esta edición 2015-2017, manifiesta que sus contenidos ya no se consideran únicamente un lenguaje, sino que realmente constituyen un cuerpo de conocimientos enfermeros»

por cada profesional, motivo por el cual cada disciplina debe aportar su cuerpo propio de conocimientos en el proceso de atención única del paciente.

No se entiende la utilización del cuerpo de conocimientos de una única disciplina sanitaria para la atención de la salud de la población, ya que esto supondría una **pérdida del nivel de atención de su salud**, provocado por la ausencia de una visión integral al realizarla bajo un único enfoque o prisma sanitario.

Por su parte, y en relación al resto de disciplinas sanitarias que no utilizaran su propio cuerpo de conocimientos, supondría la **pérdida del sentido de su presencia**, pasando los profesionales de las mismas a desempeñar labores técnicas, complementarias y de ayuda al desarrollo del único cuerpo de conocimientos utilizado para la atención a la salud.

Parece por tanto, que esta nueva evolución conceptual, junto con el reconocimiento que dispone en España esta taxonomía de diagnósticos de enfermería para su utilización en la práctica asistencial por parte de los profesionales, constituyen elementos los suficientemente aclaratorios para establecer la necesidad inexcusable que tienen los profesionales de enfermería de disponer de un **conocimiento y manejo profundo** de la misma, que permita su **utilización y aplicación habitual** en su práctica clínica diaria.

Antonio Arribas Cachá
DIRECCIÓN

El Diagnóstico de Enfermería a revisión en los servicios de urgencias hospitalarios

Juan Carlos Fernández Gonzalo¹, Purificación González Villanueva², Sonia Velado Cuadrado³

¹ Prof. Dept. Enfermería Universidad Europea de Madrid

² Prof. Dept. Enfermería Universidad de Alcalá de Henares

³ Enfermera Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Cómo citar este artículo: Fernández Gonzalo, J.C., González Villanueva, P., Velado Cuadrado, S., El Diagnóstico de Enfermería a revisión en los servicios de urgencia hospitalarios. *Conocimiento Enfermero* 3 (2019): 05-12.

RESUMEN

Muchos y diversos son los textos que nos ofrece la literatura científica, explicando como el Diagnóstico de Enfermería forma parte del proceso de atención de enfermería y contribuye al desarrollo como disciplina y a la búsqueda de identidad de la enfermería como ciencia. Este ensayo realiza una descripción del diagnóstico de enfermería a partir de una búsqueda bibliográfica en donde encontramos autores con distintas perspectivas sobre el mismo.

Se pretende realizar una reflexión sobre la utilización del Diagnóstico de Enfermería en los servicios de urgencia hospitalario. Dichos servicios tienen unas características específicas, así como los pacientes que son atendidos por los profesionales de enfermería en estos servicios de urgencia hospitalaria. El autor realiza preguntas que surgen de la práctica, en la cual se muestran dificultades para poder trabajar con los Diagnóstico de Enfermería en estos servicios de urgencia (con los pacientes y sus cuidados, familia, resto de profesionales, alumnos en prácticas, etc).

Se considera necesario plantear este tema de investigación para avanzar en la práctica enfermera, dado que hay cierta tendencia a asumir el Diagnóstico de Enfermería de forma acrítica.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Urgencias; proceso atención de Enfermería en Urgencias.

The Nursing Diagnosis Review in Hospital Emergency Departments

ABSTRACT

Many and varied are the texts that offers scientific literature, explaining how the nursing diagnosis is part of the process of nursing care and contributes to the development as a discipline and the search for identity of nursing as a science. This test performs a description of the diagnosis of nursing from a literature search where we find authors with different perspectives on it.

Intends to produce a reflection on the use of the nursing diagnosis in the emergency hospital. These services have specific characteristics, as well as patients who are cared for by nurses in hospital emergency services. The author makes questions arising out of the practice, in which difficulties are shown to be able to work with the nursing diagnosis in these emergency (with patients and their care, family, other professionals, students in practices, etc).

It is considered necessary to raise this issue of research to advance practice nurse, given that there is a tendency to assume the nursing diagnosis of uncritical way.

Keywords: Nursing Diagnosis; Emergency; nursing process in emergency care.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/58>

Introducción

Desde el punto de vista del diagnóstico de enfermería resaltar la siguiente cronología:

En 1967 Yura y Walsh, describieron la primera teoría sobre el proceso enfermero; precisando

que dicho proceso constaba de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A pesar que esta teoría fue ampliamente aceptada, surgió la idea o más bien la necesidad de agrupar los datos obtenidos tras la valoración. (Carpenito, 2003).

En esta línea Mary Ann Lavin y Kristine Gebbie organizaron una primera conferencia con el objetivo de identificar aquellos datos que resultasen de interés para el profesional de enfermería una vez realizada dicha valoración. Surge así la primera conferencia sobre Diagnósticos de Enfermería (DdE).

- 1970. First National Conference for the classification of Nursing Diagnosis. En esta conferencia se crea el National Conference Group.(NCG)
- 1982. Se cierra el NCG y nace North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- 2002. NANDA-I Desarrollo de los Diagnósticos Enfermeros.

NANDA fue fundada en 1973. Considera la unificación del lenguaje profesional, un paso imprescindible para la consolidación de la disciplina enfermera. Durante los distintos encuentros de NANDA – I se han ido adaptando los Diagnósticos de Enfermería a un marco organizativo predeterminado, después de varias reuniones se optó por adaptarlos al modelo “Patrones de respuesta Humana”.

Después de 1994 se desarrolló una nueva estructura para los Diagnósticos de Enfermería, basada en los Patrones Funcionales de Salud (Gordón) que se llamaron Dominios. Nace así la Taxonomía II que cuenta con 13 Dominios y 47 clases.

Actualmente el propósito de NANDA – I es conseguir la codificación de los Diagnósticos de Enfermería, e incluirlos en la International Classification of Diseases (ICD).

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios tienen unas características específicas; de las cuales resaltamos las siguientes: (Temes, 2007), (Murillo, 2012) (Tobar, 2015).

- La Atención sanitaria en estos servicios es a demanda, podríamos explicitar que se trata de una atención no programada con las dificultades que implica su organización.
- Los pacientes pueden ser pluripatológicos, con características muy heterogéneas y que comprenden diversas especialidades para su atención, así como una variada amplitud de necesidades a resolver.
- La atención sanitaria que se presta en estos servicios de urgencia va asociada a factores estacionales.

- La arquitectura sanitaria de estos servicios de urgencia, no siempre es la más adecuada ni para el desarrollo profesional, ni para la atención de los pacientes.
- Los pacientes cada vez están más formados e informados, por tanto sus demandas se traducen en rapidez y eficacia;
- Es necesario explicitar como el factor tiempo toma un papel muy relevante en estas situaciones urgentes.

Después de veinte años de experiencia profesional como enfermera, dedicándome y desarrollando mi actividad en ámbitos como el asistencial, gestión y docencia, me ha llevado en múltiples ocasiones a preguntarme cuál es el papel del diagnóstico de enfermería en el proceso del cuidado. Cualquiera podría contestarme que es obvio, corresponde a una etapa del proceso enfermero. Sin embargo insisto en profundizar en la pregunta, proceso enfermero y proceso del cuidado ¿son la misma entidad? ¿y para los profesionales de enfermería de los servicios de urgencia son la misma entidad? ¿entienden estos profesionales el diagnóstico de enfermería como una parte o una fase del proceso del cuidado? . Y en caso de no utilizar los diagnósticos de enfermería, ¿qué significado tienen para estos profesionales los diagnósticos de enfermería en el ámbito de las urgencias hospitalarias? ¿qué estamos transmitiendo a nuestros alumnos en su etapa práctica en los hospitales?

Incluso podría profundizar algo más en esta cuestión, tal vez no sería correcto decir que los profesionales de enfermería de urgencias no utilizan el diagnóstico de enfermería. Creo que sería más acertado preguntar si estos profesionales utilizan alguna nomenclatura o taxonomía reconocida en el ámbito de la urgencia, como la taxonomía NANDA.

Antes de profundizar más en este artículo considero que debo contextualizar o analizar conceptos como el cuidado y el diagnóstico de enfermería, para poder afrontar este ensayo con unas mínimas garantías metodológicas.

Desarrollo

Resultaría importante mencionar bajo qué paradigma contextualizamos el diagnóstico de enfermería y el cuidado, es decir en qué escenario; desde

qué visión del mundo lo vamos a observar. Esto influye directamente en lo que “es el cuidado” perspectiva ontológica y en “cómo conocemos el cuidado” perspectiva epistemológica. Así podemos encontrarnos una visión reactiva, que deriva del positivismo puro en la que vemos un ser humano pasivo, fraccionado (respiratorio, digestivo, circulatorio, neurológico) y que no interacciona con su entorno; y defiende que la realidad es aquella que solo puede ser observada. (de Villalobos, 2002), (Triviño, 2005).

En esta visión queda integrado el proceso de atención de enfermería, con su valoración, diagnóstico, planificación, ejecución de intervenciones y evaluación de las mismas. Sin embargo, todo este proceso puede quedar convertido en una actividad mecánica, descontextualizada y sin un significado concreto para el profesional de enfermería de urgencias.

Otro escenario es aquel en que la enfermera no solo cuida de un cuerpo físico, también atiende esa dimensión psíquica y social, el profesional de enfermería tiene del ser humano una visión integrada. La enfermera debe conocer no solo esos problemas del cuerpo sino también se interesa por sus inquietudes, motivaciones, sentimientos. (de Cuidado, Grupo 1998), (Marriner-Tomey, 2011).

Y finalmente observamos una visión unitaria transformativa, en la que encontramos un ser humano irreducible, la enfermera debe adoptar una visión de la persona como un todo, en relación continua con el medio que lo rodea, con su entorno. (Fawcett, 2000), (Marriner-Tomey, 2011), (Guzmán, 2012).

Podemos observar que teóricas como Meleis, Newman y Fawcett, plantean grandes diferencias en cuanto a la interpretación de la realidad. Por tanto y llegados este nivel de abstracción; ¿cómo no van a presentar diferencias los profesionales de enfermería entre ellos y en su práctica asistencial diaria! (Newman, 1991), (Fawcett, 2000), (Angarita, 2006), (Meleis, 2011).

Considero que esta argumentación no explica como los profesionales de enfermería de los servicios de urgencia hospitalarios pueden tomar las decisiones que toman. El nivel de actuación práctica de estos profesionales no alcanza o no comparte el nivel de abstracción teórica al que se está haciendo referencia, los profesionales de enfermería precisan de otro tipo de herramientas que les ayuden

a sustentar y a resolver los problemas de su práctica diaria. De hecho, Duran de Villalobos y otros autores hacen referencia a teorías de rango medio o de mediano alcance, las cuales intentan hacer que las intervenciones de enfermería surjan de una comprensión más cercana y más operativa de los hechos y fenómenos con los que conviven habitualmente estos profesionales de enfermería. (Swanson, 1991), (Lenz, 1995), (Meleis, 2000), (de Villalobos, 2002).

No podemos olvidar la perspectiva práctica del cuidado, hay autores que consideran a la ciencia enfermera como una ciencia práctica. El cuidar es un arte práctico pero basado en habilidades técnicas y en condiciones humanas que a su vez son soportadas por el conocimiento científico. El cuidado soportado por la teoría del cuidado. (Susan, 1989).

Podríamos entender el cuidado desde dos perspectivas, una instrumental o técnica, que conlleva todo el desarrollo tecnológico, la utilización de tecnología que nos ayuda a identificar desviaciones fisiológicas. Y una perspectiva del cuidado que conlleva más un punto de vista humanístico, de relación enfermera paciente; sin olvidar que cada paciente es distinto. Dos neumonías no son realmente dos neumonías, son dos pacientes con una alteración fisiológica que llamamos neumonía pero que cada uno de ellos lleva asociado su propio entorno, sus intereses, motivaciones, emociones, miedos, cultura, creencias, aspectos sociales y económicos, etc. Considero que la disciplina enfermera tiene mucho que ver con esta argumentación, y en estos tiempos creo que es patente que para esta disciplina las relaciones humanas tienen suma importancia. Sin embargo creo que no somos capaces de conceptualizar este tipo de relaciones, y máxime en el ámbito de la urgencia hospitalaria, mi preocupación o mi interés deriva del deseo de hacer converger la perspectiva técnica y la perspectiva de las relaciones humanas del cuidado en un ámbito tan complejo como son las urgencias hospitalarias. (Morse, 1990). Autoras como Patricia Benner concluyen que uno de los problemas que deben solucionar las enfermeras es la investigación en el conocimiento práctico que poseen, deben diferenciar y comprender el conocimiento teórico y el conocimiento práctico. (Benner, 2001; Carrillo, 2013). Según Mónica Burgos las profesiones implican la realización de operaciones in-

telectuales que se adquieren a través de la ciencia y mediante la formación y la instrucción. Además también considera el proceso de atención de enfermería como el resultado de la aplicación del método científico para fundamentar la práctica del cuidado. (Burgos, 2009).

A mediados del siglo XX se llevó a la práctica la idea de construir un proceso metodológico para enfermería, basado en el método científico de resolución de problemas (positivismo). (Gordon, 1996).

Bonney and Rothberg utilizaron el diagnóstico de enfermero como un instrumento de cálculo para evaluar las necesidades de los cuidados, pero con un objetivo alejado del significado de cuidado. Lo que pretendían era realizar cálculos de plantilla en unidades de enfermería para pacientes con necesidades de cuidados de larga duración. (Bonney, 1963).

Desde distintos autores y teorías se recomienda la utilización del proceso enfermero y máxime el Diagnóstico de Enfermería en pro de una homogeneización y estandarización de los cuidados que prestamos a los pacientes, así como la consecución y utilización de un lenguaje común y universal utilizado por los profesionales de enfermería. Se aboga también por el crecimiento y el alcance una verdadera identidad para la ciencia de enfermería en el entorno de la utilización del Diagnóstico de Enfermería. (Iyer, 1997), (Giménez, 2000), (SEEUE. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias 2003), (Carpenito, 2003), (Ackley, 2007), (Gordon, 2007), (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería; 2010), (Luis Rodrigo, 2010), (Cachá, 2015). Podemos ampliar la anterior argumentación con estudios concretos que ponen de manifiesto la importancia para la disciplina enfermera de trabajar en la práctica asistencial con metodología enfermera, adoptando la consideración de etapa dentro del proceso del cuidar, al diagnóstico de enfermería. El DdE apoya la opción de buscar una metodología de trabajo específica que englobe el saber enfermero y una nomenclatura propia de la disciplina que facilite la comunicación de los profesionales, en el ámbito asistencial como de la docencia y la investigación. (Neel, 1986), (Garrido, 1993), (Durán, 1993), (Rodrigo, Luis 1996), (Hoyt, 1997), (Hogston, 1997), (Arenas, 2003), (Martínez Lo-

sada, 2004), (Cereto, 2005), (Duque del Rio, 2006), (Molina, 2007), (Gutiérrez, 2008), (Toscano, 2014).

Como podemos observar, existe gran cantidad de autores que avalan con sus publicaciones y opiniones la utilización del diagnóstico de enfermería, con el objetivo de conseguir una metodología específica que englobe el saber enfermero, de buscar una nomenclatura o taxonomía propia de la disciplina enfermera que estandarice y facilite la comunicación entre profesionales; en el ámbito asistencial, docente e investigador.

A pesar de todos los argumentos encontrados, encontramos también referencias que plantean e incluso cuestionan el DdE y estas nomenclaturas estandarizadas como herramientas adecuadas para el personal de enfermería, y fundamentalmente cuestionan cual es el significado que otorgan las enfermeras a estos conceptos. (Perez, 2000), (Giménez, 2008).

Esperanza Ferrer, habla en su editorial acerca de la dificultad de nombrar el cuidado. Para ella el cuidado consiste en establecer una relación bien con una persona o con la comunidad, con el objetivo de satisfacer aquellas necesidades de salud o enfermedad que pueda tener alteradas (Ferrer, 2008). Reflexiona acerca de cómo la construcción teórica de una disciplina precisa de una herramienta metodológica. Sin embargo, el lenguaje o la nomenclatura enfermera en mi caso no se convierte en la esencia del cuidado, simplemente es la forma de expresar dicho cuidado.

Autoras como Castner, describen las dificultades para trabajar con DdE en los servicios de urgencia. Sin embargo considero adecuado la alternativa que plantea, destaca lo importante del entorno, del escenario dónde las enfermeras de urgencias desarrollan su actividad asistencial, así también de las características especiales que rodean este escenario. Múltiples profesionales, sanitarios y no sanitarios, diferentes acciones e intervenciones de enfermería que se suceden en cortos espacios de tiempo, decisiones de una alta responsabilidad; que en definitiva ¿podrían limitar el desarrollo del proceso de atención de enfermería en los servicios de urgencia? Plantea, investigar y desarrollar un sistema de trabajo enfermero específico de los servicios de urgencia, basado en una metodología de pensamiento enfermero. Se pone de manifiesto la necesidad de una homogeneización de lenguaje, procedimien-

tos y actividades de enfermería en estos servicios. (Castner, 2008).

Discusión

De forma general la bibliografía estudiada pone de manifiesto, la importancia para la disciplina enfermera, de trabajar en la práctica asistencial con metodología enfermera; dando la consideración de etapa dentro del proceso del cuidar al diagnóstico de enfermería. El DdE se basa en conseguir una metodología específica que englobe el saber enfermero, también en buscar una Taxonomía propia de enfermería que facilite la comunicación de los profesionales no solo en el ámbito asistencial sino en la docencia y la investigación. Este último argumento viene reforzado por el adjetivo de universalidad del lenguaje científico que conllevaría el utilizar una taxonomía única por todos los profesionales de enfermería. Destacar las argumentaciones de Luis Rodrigo, Mt. En “El diagnóstico Enfermero”; Quero Rufian, A. En “El diagnóstico de Enfermería”, Hogston, R en “Nursing Diagnosis and classification systems: a position paper”.

Sin embargo, también encontramos autores que explican la nula o baja utilización de los Diagnósticos de Enfermería en los servicios de urgencias por parte de los profesionales de enfermería. Y describen una serie de razonamientos que pudieran explicar esta situación a pesar que los profesionales reconocen la necesidad de trabajar con una metodología enfermera:

- La Taxonomía NANDA resulta de difícil comprensión y utilización para los profesionales de enfermería.
- Los Diagnósticos de Enfermería nacen a partir de NANDA en el seno de la cultura norteamericana, tan diferente a nuestra cultura. Además la enfermera en USA realizaba menos actividades técnicas y más actividades propias del cuidado mientras que la enfermera en España en los servicios de urgencias tiene un alto porcentaje de actividades colaborativas.
- Los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias no están familiarizados con la metodología del proceso de atención de enfermería ni con la taxonomía NANDA. Se

precisa de programas de formación específicos.

- Los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias no tienen formación o poseen escasos conocimientos sobre la metodología NIC NOC.
- Los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias no consideran estas áreas de trabajo como las adecuadas para desarrollar una metodología de pensamiento enfermero, debido fundamentalmente a las cargas de trabajo, falta de personal y tiempos asistenciales.

Siguiendo con el último argumento me gustaría resaltar a Castner en “Emergency Nursing Decisions: A Proposed System of Nursing Diagnosis” dónde reconoce y describe las dificultades para trabajar con Diagnósticos de Enfermería en los servicios de urgencias, sin embargo estoy muy de acuerdo con el enfoque o perspectiva alternativa que aporta. Destaca lo importante del entorno, del escenario dónde las enfermeras de urgencias desarrollan su actividad asistencial, así como las características especiales que rodean este escenario; múltiples profesionales sanitarios y no sanitarios, diferentes acciones e intervenciones de enfermería colaborativas o no que se suceden en cortos espacios de tiempo, decisiones con alta responsabilidad; que limitan el desarrollo del proceso de atención de enfermería en urgencias. Plantea investigar y desarrollar un sistema de trabajo enfermero específico para los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias basado en una metodología de pensamiento enfermero, ya que si manifiesta la necesidad de una estandarización tanto en el lenguaje como en los procedimientos y actividades de enfermería en estos servicios.

No puedo estar en desacuerdo que es necesaria una metodología de trabajo, una metodología enfermera que oriente mi actividad diaria, la actividad cuidadora que realizo con mis pacientes, sean intervenciones o actividades colaborativas o no.

Actualmente en los servicios de urgencia hospitalarios estamos trabajando con un modelo metodológico que no explica lo que el personal de enfermería realiza asistencialmente. Tampoco explica o al menos ayuda a explicar qué construcciones del pensamiento nos llevan a los profesionales de enfermería a tomar unas decisiones u otras en esos breves periodos de tiempo. Sin embargo, después

de analizar la revisión bibliográfica observamos que el argumento de lenguaje universal es una de las bases para utilizar la metodología del dx enfermero y taxonomía NANDA. Si realmente entendemos dicha metodología y taxonomía como lenguaje universal continuo con otras reflexiones:

- ¿Nos entendemos los profesionales de enfermería?
- ¿Nos entienden el resto de profesionales del equipo multidisciplinar?
- ¿Nos entienden los pacientes y sus familiares?
- ¿Es realmente útil dicha metodología en el ámbito de la urgencia hospitalaria?

Asistencialmente identificamos y vigilamos problemas de salud sobre los que hay que tomar decisiones importantes en periodos muy cortos de tiempo, es necesario qué hay que mirar y cuál es la línea para tomar una decisión u otra. Esto no se consigue con una metodología que no se adapta al entorno en el que se producen esta serie de cuestiones, sin embargo las enfermeras disponen de una serie de conocimientos y saberes que la facilitan y ayudan a tomar esas decisiones. Siguiendo la argumentación de Patricia Benner considero que existe un conocimiento experiencial, un conocimiento tácito, adquirido por el acumulo de vivencias y de situaciones pasadas. Tal conocimiento es puesto en práctica por las enfermeras de urgencias, en esos momentos críticos, en esas decisiones que se toman en segundos o minutos, sin adaptarse de forma puramente teórica a un proceso de atención de enfermería.

Otro aspecto que me lleva a reflexionar sobre la aplicación del Diagnóstico de Enfermería, es el concepto de etiqueta diagnóstica y factores rela-

cionados. Me lleva a pensar que etiquetar, estandarizar, normalizar mi actividad me puede llevar a perder la visión holística del paciente debido a que si cada paciente es distinto, cada paciente vive la enfermedad e interpreta la enfermedad de forma distinta; ¿puedo yo normalizar mis actividades para con grupos de pacientes?

Considero que el cuidado es individual por los factores que condicionan a cada persona, por la vivencia que cada paciente hace de su proceso de enfermedad. Sin embargo insisto en la necesidad de normalizar nomenclaturas, taxonomías etc. A pesar de compartir el concepto de la complejidad del cuidado, de cómo los problemas de la práctica del cuidado en los servicios de urgencias hospitalarios son ambiguos, no predecibles, inciertos.

Estoy muy de acuerdo con la invitación de Castner en su artículo, en el que propone un modelo de trabajo específico para los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias, es necesario investigar y estudiar como componer un marco conceptual en el que basar nuestras actividades e intervenciones con metodología y pensamiento enfermero.

Considero que puedo detenerme aquí y creo importante investigar en el significado (qué significa para estos profesionales) que los profesionales de enfermería de urgencias atribuyen a la utilización del diagnóstico de enfermería en su práctica asistencial. Puedo plantearlo indagando en las vivencias y experiencias de estos profesionales (fenomenología). Considerando que los significados que estos profesionales otorgan a estas cuestiones, también forman parte del conocimiento que puede explicar la cuestión que planteo, sin pretender dar con la verdad absoluta pero si acercarme a una interpretación de la realidad actual.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackley, B. J., & Ladwing, G. B. (2007). *Manual de diagnósticos en enfermería :Guía para la planificación de cuidados* (7a ed.). Madrid: Elsevier.
- Angarita, O. M. V. (2006). Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3(3), 53-68.
- Arenas Fernández, J., Carrasco Acosta, M., Márquez Garrido, M., Abreu Sánchez, A., Rovira Gil, E., & López González, A. (2003). El PAE en las urgencias hospitalarias generales del servicio andaluz.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. (2010). Congreso Internacional AENTDE/NANDA-I. Hacia un futuro global para enfermería: desarrollar el lenguaje compartiendo conocimientos. Madrid, 12,13 y 14 Mayo 2010 Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE).

- Benner, P. E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* Pearson.
- Burgos Moreno, M. (2009). Enfermería como profesión. *Revista cubana de enfermería* 25(1-2).
- Cachá, A. A., Mellado, M. H., Hernández, T. B., Blanco, C. M., & Alonso, A. G. (2015). Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (II) analysis and development of normalized structure of care diagnosis etiology (II). *Nure Investigación*, 2(75)
- Carpenito, L. J., Moreno Echanove, M. J., & Peraza Sánchez, M. (2003). *Diagnósticos de enfermería :Aplicaciones a la práctica clínica* (9a ed.). Madrid etc.: McGraw-Hill Interamericana.
- Carrillo Algarra, A. J., (2013). La filosofía de patricia benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 12(32), 346-361.
- Castner, J. (2008). Emergency nursing decisions: A proposed system of nursing diagnosis. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), 33-36.
- Cereto, M. R., Rico, A. C., Heras, C. V., Palop, R., Sánchez, A. Z., García, R. D., . . . Francisco, J. J. M. (2005). Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 163-166.
- De Cuidado, G. (1998). Dimensiones del cuidado.
- de Villalobos, D., & Mercedes, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1), 7-18.
- Duque del Rio, M., & Claudio Romo, E. (2006). Metodología NANDA II en el servicio de urgencias para la estandarización de cuidados. *Ciber Revista - Esp*, 40(Abril), Mayo 2015.
- Durán Escribano, M. (1993). Diagnósticos enfermeros. instrumento para la atención de los cuidados. *Revista Rol De Enfermería*, 182, 33-39.
- Espinosa i Fresnedo, C., Herdman, T. H., & North American Nursing Diagnosis Association. (2011). *Diagnósticos enfermeros :Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona etc: Elsevier.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* FA Davis.
- Ferrer, E. (2008). El cuidado, la dificultad de nombrarlo. *Educare* 21, 6(4)
- Garrido Abéjar, M., Fuentes Chacón, R. M., & Serrano Parra, D. (1993). Diagnóstico de enfermería: Concepto y utilidad.
- Giménez Maroto, A. M. (2000). Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de NANDA: Entrevista con la dra. dorothy jones. *Metas De Enfermería*, (29), 26-31.
- Giménez Maroto, A., & Serrano Gallardo, P. (2008). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas De Enfermería*, 11(10), 57-62.
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico enfermero :Proceso y aplicación*. Madrid etc.: Mosby/Doyma Libros.
- Gordon, M., & Luis Rodrigo, M. T. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* (11a ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Gutiérrez, J. J. B., Marín, D. J. A., Pérez, M. Á. R., & Reyes, M. D. (2008). El producto enfermero en un servicio de urgencias.
- Guzmán, A., González, C., Iliana, M., Piña, G., Aurora, M., Flores, S., . . . María, M. R. (2012). Madeleine leininger: Un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*, 4(2)
- Hogston, R. (1997). Nursing diagnosis and classification systems: A position paper*. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 496-500.
- Hoyt, K. S. (1997). Validating nursing with "NANDA, NIC, and NOC". *Journal of Emergency Nursing*, 23(6), 507-509.
- Iyer, P. W., Taptich, B. J., & Bernocchi-Losey, D. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería* (3a ed.). México D.F. etc.: McGraw-Hill- Interamericana.
- Lenz, E. R., Suppe, F., Gift, A. G., Pugh, L. C., & Miligan, R. A. (1995). Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 1-13.
- Luis Rodrigo, M. T. (2010). *Los diagnósticos enfermeros :Revisión crítica y guía práctica* (8a ed.). Barcelona: Elsevier.
- Marriner-Tomey, A., Alligood, M. R., & Rodríguez Monforte, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7a ed.). Barcelona etc.: Elsevier.

- Martínez Losada, I., González Orihuela, D., Leal Valle, A., & Padilla, L. (2004). Gestionando cuidados en un servicio de urgencias. *Rev Internacional Para El Cuidado Del Paciente Crítico*, 4(2), 36-40.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Molina, B., & José, A. (2007). Intervenciones y diagnósticos de enfermería en la unidad de urgencias del HGB santa ana, motril. *Revista De La Sociedad Española De Enfermería De Urgencias y Emergencias*. [Seriada En Línea] Septiembre 2006;[4 Páginas] Disponible En: [Http://www.Enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2006/septiembre/sumario.Htm-15k](http://www.Enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2006/septiembre/sumario.Htm-15k). Consultado Marzo, 8
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Murillo, D. A. (2012). *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial* Ediciones Díaz de Santos.
- NEEL, C. J. (1986). Make nursing diagnoses work for you every day. *Nursing* 2014, 16(5), 56-57.
- Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 1-6.
- Quero Rufián, A. (1995). El Diagnóstico de Enfermería: una aproximación a la realidad española. *Index de enfermería*, 4(12), 24-29.
- Rodrigo, L., & Teresa, M. (1996). *Diagnósticos enfermeros: Un instrumento para la práctica asistencial* Mosby/Doyma Libros.
- SEEUE. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. (2003). Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Retrieved from www.enfermeriadeurgencias.com
- Susan, L., & Pepper, J. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Filadelfia: Lippincott Company, 159-176.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-165.
- Temes Montes, J. L., & Mengfbar Torres, M. (2007). *Gestión hospitalaria* (4a ed.). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Tobar, E., Retamal, A., & Garrido, N. (2015). Elementos de gestión para un servicio de urgencia de un hospital universitario. *Revista Hospital Clinico Universidad De Chile*, , 189-196.
- Toscano, O. G., Jiménez, J. M. P., & Molina, S. F. (2014). El proceso de atención de enfermería: ¿constituye una herramienta útil para los profesionales de enfermería? *Hygia De Enfermería: Revista Científica Del Colegio*, (85), 49-59.
- Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 17-24.

Análisis de las experiencias de mujeres víctimas de Violencia de Género en la consulta de enfermería. Estudio cualitativo

Deborah Atance Pereira

Enfermera y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Máster Oficial Cuidados Críticos. Máster Oficial Género y Salud. Máster Oficial Internacional Formación y Gestión en Medicina Humanitaria. Doctora en Ciencias de la Salud. Enfermera SUMMA-112

Tercer premio. II Premios de Investigación CODEM 2018

Cómo citar este artículo: Atance Pereira, D. Análisis de las experiencias de mujeres víctimas de Violencia de Género en la consulta de enfermería. Estudio cualitativo. *Conocimiento Enfermero* 3 (2019): 13-28.

RESUMEN

La violencia de género es considerada un problema de salud pública, causando una fuerte violación de los derechos humanos por su frecuencia, gravedad e impacto que tiene en la víctima, la familia y la sociedad. En los últimos años ha pasado de pertenecer al ámbito privado a ser un fenómeno en ámbito público, dejando de ser visto como un problema individual y pasando a ser considerado un problema social, en el que toda la sociedad y sus instituciones deben poner solución. Este cambio es el que ha podido hacer que la violencia doméstica hoy en día sea más visible y por tanto, objeto de estudio de diferentes ámbitos tanto sociales como sanitarios comprometiéndolos a tomar medidas para su abordaje.

Palabras clave: violencia doméstica; violencia de pareja; investigación cualitativa; salud de la mujer; consulta de enfermería.

Analysis of the experiences of women victims of gender violence in the nursing consultation. Qualitative study

ABSTRACT

Gender-based violence is considered a public health problem, causing a serious violation of human rights due to its frequency, severity and impact on the victim, the family and society. In recent years it has gone from belonging to the private sphere to being a phenomenon in the public sphere, it has stopped being seen as an individual problem and it has become a social problem, in which all society and its institutions must find a solution. This change is what has made domestic violence more visible and, therefore, object of study in different social and health areas, committing them to take measures to face them.

Keywords: domestic violence; intimate partner violence; qualitative research; women's health; mental health.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/55>

1. Introducción

La violencia de género es un importante problema de salud pública que afecta a un tercio de las mujeres en todo el mundo (World Health Organization, 2013). Una de cada cinco mujeres de quince o más años ha sufrido este tipo de violencia en Europa (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). En España, el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad sobre mujeres,

describe cómo a lo largo de sus vidas, las mujeres sufrieron algún tipo de violencia: un 10,3% violencia física; un 8,1 % de violencia sexual; un 25,4% violencia psicológica de control; un 21,9% violencia psicológica emocional y un 10,8% violencia de tipo económico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

El concepto de violencia de género se asocia a diferentes terminologías como la violencia contra la mujer, violencia de pareja o violencia domés-

tica (Dardis et al, 2014). Este tipo de violencia se define como la agresión masculina hacia una pareja femenina (Martinez-Torteya, 2009). Engloba cualquier acto u omisión que, basado en el género, cause muerte, lesiones físicas, sexuales o psicológicas y daños morales a las mujeres. Puede ser infligido por individuos con o sin vínculos familiares que estén relacionados por vínculos naturales, por afinidad o por voluntad expresa, incluyendo relaciones esporádicas (Meyersfeld, 2012; Labronici, 2012). Se trata de un problema que afecta a las mujeres independientemente de su edad, color, etnia, religión, nacionalidad, opción sexual o condición social. (Dardis et al, 2014).

A su vez, se ha demostrado que las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a los servicios de salud presentan un mayor riesgo de depresión, ansiedad, estrés postraumático y suicidio (Tarzia, 2016) problemas físicos (heridas, fracturas, contusiones); abuso de sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas) infecciones de transmisión sexual y abortos electivos (Ferrari et al 2016; Sutherland et al, 2016).

A pesar de ello la mayoría de las mujeres víctimas de violencia no denuncian sus experiencias ni a la policía ni a una organización de apoyo a las víctimas de este tipo de delitos (European Union, 2014). Las mujeres presentan una salud física y mental deteriorada, más hospitalizaciones, un mayor uso de atención sanitaria ambulatoria para problemas agudos y una menor atención preventiva (Cronholm, 2011). Debido a la violencia y a la tortura durante el maltrato, muchas presentan trastornos psicoemocionales que debe ser tratada por profesionales sanitarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Comunidad de Madrid, 2014). Incluso, muchas de estas mujeres son derivadas a centros de salud mental, donde se realiza un seguimiento, y un acompañamiento continuo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

Dado a la gran incidencia de casos, su elevada morbi-mortalidad, sus repercusiones físicas, psíquicas y sociales, y la ausencia de investigaciones cualitativas sobre el tema en el contexto de la salud mental, es preciso desarrollar estudios que den voz a las mujeres y describan su situación. El objetivo de este estudio es describir la experiencia de mujeres que sufrieron violencia de pareja y fueron acompañadas por enfermeras en centro de salud mental.

2. Justificación de la relevancia

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades pero a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido (Guruge, 2012).

La violencia contra la mujer en el hogar se ha documentado a nivel global y en todos los ambientes socioeconómicos (Jewkes, 2013).

Las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se suponía ya que en distintas partes del mundo, entre 16% y 52% de las mujeres experimentan violencia física de parte de sus compañeros, y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2015d).

La violencia anula la autonomía de la mujer y mina su potencial como persona y miembro de la sociedad (Ruiz-Pérez, 2006).

Aunque la violencia contra las mujeres se ha analizado desde diversas perspectivas, es preciso comprender ampliamente el fenómeno y cada vez más de forma integral (Fernández, 2012).

La complejidad del problema lleva a la necesidad de abordarlo desde perspectivas que incluyan la subjetividad y el contexto (Amezcuca & Gálvez, 2002).

Por ello es clara la necesidad de nuevas investigaciones sobre la conexión entre los aspectos de derechos humanos, jurídicos y económicos y las dimensiones de salud pública de la violencia (Ruiz-Pérez, 2006).

Apenas existen estudios fenomenológicos descriptivos publicados en los últimos 10 años dentro del panorama nacional que aborden la percepción de las mujeres sometidas a violencia de género. Tan solo cabe destacar que Muñoz-Cobos et al (2009) realizaron un estudio multicéntrico en 6 centros de Salud de Málaga. A dicha circunstancia hay que sumar la dificultad que conlleva la reproductibilidad y extrapolación de los resultados a otros contextos por las diferencias socioculturales (Castillo & Vásquez, 2003).

Debido a esto, es preciso desarrollar estudios cualitativos que describan y analicen las perspectivas de las mujeres víctimas de violencia de género y con ello, conseguir proporcionar a los profesionales de salud una visión amplia panorama sobre el maltrato desde la perspectiva de la víctima, de la mujer que sufre la violencia. Para que de este modo puedan

identificar, atender y tratar a las mujeres que presentan síntomas relacionados con el abuso sexual, psicológico y/o la agresión física, y puedan realizar una atención sanitaria que englobe todas las necesidades de la mujer, dentro del ámbito sanitario.

3. Objetivos

Pregunta de investigación:

Este trabajo pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes.

¿Cuál es la experiencia vivida de las mujeres sometidas a violencia de género? ¿Qué significado tiene para estas mujeres el maltrato y la violencia ejercida sobre ellas?

Objetivo general:

Conocer la experiencia vivida de mujeres víctimas de violencia de género.

Objetivos específicos:

- Describir el significado del maltrato desde la perspectiva de la mujer.
- Describir la experiencia vivida de las mujeres víctimas de violencia de género respecto a la evolución y progresión del maltrato.
- Describir la experiencia vivida de las mujeres víctimas de violencia de género respecto al miedo y la culpabilidad.
- Describir el significado del miedo y la culpabilidad vivido por las mujeres víctimas de violencia de género.
- Describir el significado de las obligaciones de la mujer desde la perspectiva de las mujeres víctimas de violencia de género.

4. Material y método

Este estudio se realizó siguiendo los criterios de los Criterios de la guía Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong et al, 2007).

Diseño

Se realizó un estudio fenomenológico cualitativo. Los métodos cualitativos son útiles para compren-

der procesos sociales complejos, captar aspectos esenciales de un fenómeno desde la perspectiva de los participantes del estudio y descubrir las creencias, valores y motivaciones que subyacen a las conductas de salud individuales (Pope y Mays, 2006; Curry et al, 2009). La fenomenología es un tipo de estudio cualitativo que explora las experiencias de las personas inmersas en situaciones o fenómenos (por ejemplo, violencia de pareja). La fenomenología, que se basa en experiencias narradas en primera persona (entrevistas, revistas y cartas personales), intenta comprender la esencia de un fenómeno (Norlyk, 2010)

Contexto

En España, las mujeres que han sufrido episodios de violencia por sus parejas y desarrollan trastornos psíquicos, como crisis de ansiedad, depresión, síndromes de estrés postraumáticos o abuso de alcohol y/o sustancias psicoactivas, son derivadas entre otras, a las consultas de enfermería de los centros de salud mental (CSM).

En los CSM, a las mujeres se les aplica un plan integral de atención, por un equipo interdisciplinar. En este plan se realiza un acompañamiento y seguimiento, con el que se pretende fomentar actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer. Además, se intenta que la paciente víctima de violencia hable de su relación traumática con el agresor ayudándola así a visibilizar la naturaleza de su relación abusiva y superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas. Por último, se potencia todos los recursos psíquicos y sociales de la mujer, para poder comenzar una nueva vida. (Comunidad de Madrid, 2014).

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres sometidas a malos tratos físicos, psíquicos y/o sexuales por su pareja o ex pareja, reconocidos por la víctima, b) tener una edad comprendida entre 18 y 65 años, c) ser derivada al CSM donde se realizó el estudio. Se excluyeron: a) aquellas mujeres con sospecha de maltrato, pero no son reconocidos, b) aquellas mujeres que no quisieron participar en el estudio.

En los estudios cualitativos, es común incluir participantes en base a un muestreo intencional (Carpenter & Suto, 2008). El muestreo intencional se puede definir como la selección de individuos con base en propósitos específicos asociados con abordar la pregunta o el objetivo del estudio de investigación. Veintinueve mujeres fueron incluidas dentro de la muestra, ninguna de las cuales se retiró del estudio.

Recogida de datos

Los datos se recolectaron entre enero de 2014 y marzo de 2015. Con base en el diseño fenomenológico, se utilizaron simultáneamente herramientas de recopilación de datos en primera persona (entrevistas en profundidad y cartas) y notas de campo del investigador (Carpenter & Suto, 2008). Las entrevistas en profundidad (no estructuradas y semiestructuradas) se utilizaron como la herramienta principal para la recopilación de datos. Con los participantes del 1 al 17, la entrevista comenzó con una pregunta abierta: “¿Cuál es su experiencia con la violencia de pareja?”. Una segunda etapa (participantes 18-29) consistió en entrevistas semiestructuradas que se basaron en una guía de preguntas diseñada para reunir información sobre temas específicos de interés (Anexo 1) (Carpenter & Suto, 2008).

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente, grabando 2123 min entrevistas en total. Las primeras 17 entrevistas variaron de 128 min a 33 min (promedio 82.9, SD \pm 29.29), y el segundo grupo de entrevistas varió de 102 min a 41 min (promedio 59.5, SD \pm 18.86). Solo se consiguió una carta personal en la segunda fase de la participante 2. Las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar de la participante (n = 1) o en la consulta de enfermería del CSM (n = 28), dependiendo de la preferencia de la participante.

La transcripción literal completa de cada una de las entrevistas, las cartas de las mujeres y las notas de campo de los investigadores se recopilaban para realizar un análisis cualitativo. Finalmente, se continuó con la recolección de datos hasta que el investigador logró la redundancia de la información, momento en el que no surgió nueva información del análisis de datos (en nuestro estudio, esto ocurrió con la participante 29). (Carpenter & Suto, 2008).

Análisis

Al elegir la fenomenología como diseño cualitativo, se ha aplicado la teoría de interpretación de Ricoeur, a través de la propuesta de análisis interpretativo de Geanellos (2000). La esencia del significado y su comprensión, emerge desde la lectura y relectura del texto, sugiriendo que la interpretación de un fenómeno refleje la intersección de la visión del investigador (horizonte pasado) con la visión del texto (horizonte presente) (Singsuriya, 2015). El objetivo es analizar el significado dado por las mujeres incluidas en el estudio, a través de un proceso profundo de interpretación de los símbolos.

El proceso de análisis consistió en: a) explicación, análisis de la transcripción y codificación; b) comprensión ingenua, agrupación en temas principales e identificación de subtemas; y c) comprensión en profundidad, interpretación y explicación de los resultados. (Geanellos, 2000; Singsuriya, 2015).

Rigor y calidad

Se siguieron las pautas COREQ (Tong et al, 2007). Además, usamos los criterios de Guba y Lincoln (Anexo 2) para establecer la fiabilidad de los datos mediante la revisión de cuestiones relativas a la credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmación de los datos (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004).

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Ética del Hospital Infanta Sofía de Madrid al que pertenece el CSM de Alcobendas y por el Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos.

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki (Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, 2004). Se solicitó el consentimiento informado, verbal y escrito, a todos los participantes. La confidencialidad se mantuvo en todo momento durante la recopilación de datos personales y el procesamiento de datos, por lo que el equipo de investigación solo pudo acceder a estos datos. Todos los participantes obtuvieron permiso para grabar las entrevistas.

5. Resultados

En el estudio participaron 29 mujeres, con una edad media de 46,34. Respecto a su país de origen, 22 mujeres eran de España mientras que 7 eran de nacionalidad extranjera (Marruecos, Yemen, Venezuela, Santo Domingo, Argentina y Ecuador), de las cuales, 22 mujeres habían denunciado el maltrato y 7 mujeres no lo habían puesto en conocimiento de las autoridades. (Anexo 2).

Se identificaron 5 temas principales: 1) sintiéndose una víctima, (subtema: progresión del maltrato); 2) alcanzando un límite; 3) viviendo con miedo; 4) viviendo con las obligaciones como mujer; y 5) sintiéndose culpable.

Tema 1: Sintiendo una víctima

Hace referencia a aquellos actos que causan sufrimiento, daño, amenazas, coerción u otra privación de libertades hacia las mujeres por sus parejas.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones diferentes unidades de significado como: “Falta de respeto”, “desprecios”, “indiferencia”, “desvalorización de la mujer”, “quererte como un objeto para su conveniencia”, “control-amenazas”.

Dentro de las narraciones recogidas, algunos ejemplos muestran como la mujer percibe el maltrato, y como siendo mujer lo percibe, lo siente y lo padece.

“ No me respetaba, empecé a notar que ya no me respetaba, me insultaba, me llamaba de todo, que yo le daba asco, que yo le daba pena, que yo no valía para nada, que sólo valía para fregar, que no valía ni para eso, se refería al tema sexual, que era una hija de puta”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

“... ya no me hablaba. Pero ni una palabra, eh, es que no me miraba ni a la cara. Y cuando le intentaba yo hablar no me contestaba, estaba viendo la tele y seguía viendo la tele, me ignoraba como si no fuera nadie. Y esa indiferencia no te imaginas lo que me dolía, porque me trataba como un mueble”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

La mujer se da cuenta de que no vale nada para el maltratador, es un objeto más que puede ser desechado, zarandeado y tirado.

“La relación conmigo en el sentido de persona... pues muchos altos y bajos, muchos desprecios físicos, psíquicos, “eres una mierda, no vales nada, no sabes ni leer, no sabes escribir”. Pero para él no sabía nada: “eres una mierda, eres no sé qué, eres no sé cuál...”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“... su mujer para él era como “es mía y hago lo que me da la gana”, como un objeto. Si, como un objeto. Humillándome”. (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

“Sí, porque yo soy de las que en los momentos malos cuando hay que demostrar cuánto quieres a alguien. Entonces vi que yo no le importaba, y esa persona que no te importa en esos momentos, es que no te importa nada...pienso que te quiere como un objeto y eso es así, y él me quería para su conveniencia”. (P6, 48 años, entrevista no estructurada)

La mujer se da cuenta como el maltratador intenta controlar todos los aspectos de su vida.

“Empezó a controlarme todo, las llamadas, cuando salía, empezó a comer la cabeza de los niños, empezaba a amenazarme a mí que como salga te voy a cortar las piernas”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada).

Subtema: Progresión del maltrato

Hace referencia a los mecanismos de ascensión progresiva en el proceso de maltrato, diferenciándose un conjunto de fases comunes que varían en cada caso.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones las unidades de significado: “ir de menos a más”, “es como subir una escalera”, “rompiendo mobiliario”, “agresión física”, “ cada vez más fuerte”, “sentimiento de muerte por un mal golpe”, “secuelas postmaltrato”. Las mujeres describen como los primeros indicios de maltrato eran de origen psicológico, como poco a poco el maltratador iba aumentando la frecuencia de los maltratos.

“...eso fue yendo de menos a más, primero ha sido como maltrato psicológico, que hacía cosas que a mí me dolían, me molestaban pero a mí no me tocó en ese tiempo” (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

“Al principio fue muy poco, ¿no?... echo un poquito la vista para atrás y ha sido como subir una

escalera, ha sido a través de meses años” (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

En esta primera fase, la mujer describe como el maltratador comienza a mostrar violencia física hacia los objetivos de su entorno familiar; muebles, vajilla, etc.

“...yo estaba sentada en el salón con el niño y le vi que traía una cara muy rara, como de así como despeinado, muy agresivo, y empezó a decirme cosas muy raras, digo: “¿qué te pasa?”. Muy exaltado. Y no sé qué pasó, empezó a pegar patadas al mueble, a un mueble que tengo en el salón, que lo rompí. Empezó a tirar cosas y yo claro, yo me quedé alucinada porque como era la primera vez que lo hacía”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

“...salió de la habitación como algo que lleva el demonio, los pasos los tengo aquí, aquí tengo el sonido, paf, paf. Y se lió a puñetazos contra el mueble que tengo en el salón, que el mueble se movía. Mi hija lo vio, mi hija en el pasillo se meó toda, se meó”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

De igual modo, un día de repente comienzan los maltratos físicos. Se rompe la barrera de tocar a la mujer.

“Él al principio parecía muy cariñoso, pero luego ya empezó a decirme “hija de la gran puta”, “asquerosa”, “me das asco”, “no te vas a ir de aquí ahora sin que me hagas lo que me tienes que hacer”, “de aquí no te vas sin que me corra”(…) él como estaba sentado me pegó así, me cruzó la cara y de ahí tengo la mandíbula, lo que es la mandíbula de aquí me desencajó la mandíbula y la boca no la podía cerrar de la hostia que me dio”. (P2, 42 años, entrevista no estructurada)

“Me cogía de los pelos, tenía una coleta y hacía lo que él quería, me movía la cabeza para todas las direcciones, por eso luego al día siguiente tenía las cervicales fatal. Me pegó otra hostia después, luego me decía. “ponte así, ponte asa”, todo a lo bestia”. (P4, 52 años, entrevista no estructurada)

Llega un momento en la progresión del maltrato que la mujer llega un momento que es consciente que la resistencia puede provocarle la muerte.

“... yo al principio me defendía, le insultaba, le tiraba a él, le tiraba de los pelos, pero llegó un momen-

to en que ya dije: “estate quieta porque te mata, porque te mata”, porque él me amenazaba con matarme, me decía que “un día de estos te voy a matar”. Porque cada vez me daba más fuerte, porque cada vez veía más odio en sus ojos, porque cada vez me daba más veces y más fuerte (...) Y cada vez me dejaba más marcas. Entonces un día de estos, me va a dar en mal sitio y me va a matar”. (P7, 47 años, entrevista no estructurada)

El maltrato no solo produce lesiones y daños en el momento, deja de igual modo secuelas físicas y psíquicas en la mujer que la pueden acompañar durante años e incluso el resto de su vida.

“... yo es que tengo mis achaques, que me han venido muchos a raíz de tener la depresión por todo lo que yo he pasado con él, me han venido muchas cosas, la úlcera y me han venido la tensión, la tengo alta, y unas cosas creo que se me ha adelantado de tantos nervios y tantas cosas”. (P4, 52 años, entrevista no estructurada)

“ Sí, llevaba dos años que tomaba las pastillas con él, pero a él le daba igual, le daba igual, me decía lo que decía, le daba igual y problemas psicológicos muchos, muchos, psicológicos lo peor yo creo”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

“yo ahora me encuentro feliz, como tranquila, me sienta bien lo que como, antes comía mal, me dolía la tripa, estaba siempre con problemas de colon, de los nervios que me hacía meterme”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“...porque la última vez, me tiró cosas, que eso claro, te da en la cabeza y te mata, y estaba cerca del pico del lavaba, me tiró al suelo, me dijo: “como no te calles te abro la cabeza y te mato”. Después de darme unas bofetadas, claro, que a pesar que ya sabía que tenía el tímpano roto de otro episodio, porque se me quedó taponado el oído, perdí el 50% de audición. Y yo creo que me ha dejado secuelas, porque desde entonces, este oído noto que cuando me constipo me duele, no le tengo igual que antes, no”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Tema 2: Alcanzando un límite.

Hace referencia a la percepción subjetiva que tiene la mujer de su capacidad máxima de aguante ante los malos tratos.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones las unidades de significado: “notar que llegas al límite”, “no poder más físicamente ni mentalmente”, “no callarse, contestar”, “estar quemada”.

En este tema se puede observar leyendo las narraciones de las mujeres como se va alcanzando un límite que la propia mujer es consciente. Ese límite va acompañado de un agotamiento progresivo, acompañado de un cansancio de la situación que está viviendo. Una apatía “del maltrato y del maltratador”.

“... no sé pero no podía, no podía aguantar más. No podía aguantar. Yo estaba muy quemada, yo no podía..., llegó un día que digo: “es que va a pasar algún día”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada)

“... luego tuve la depresión y luego pasaron más veces y más continuo y yo ya tenía un límite, porque yo no quería, pero yo ya mi cuerpo, mi mente, todo estaba como diciendo “ya no puedes más, ya no puedes más”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

“Yo estaba ya que no podía más, yo estaba ya, ya había llegado a un límite, porque me lo notaba yo, yo me levantaba por las mañanas muy desanimada, no tenía ganas de hacer la casa, no tenía hambre...”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Junto a esa sensación de agotamiento, aparece en la mujer maltratada episodios de resistencia ante el maltrato y el maltratador. En ocasiones ellas narran que sintieron una especie de “rebelión” de la situación que estaban viviendo, “un despertar”.

“...ya me revelé mucho, ya empecé a contestar, empecé a contestarle aunque me exponía a que me diera, pero ya empecé yo a contestar, porque antes no contestaba, estaba cagadita de miedo, nada más que me tapaba”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“Era un infierno el que vivíamos ahí, los niños estaban también muy mal, mis niños sufrían mucho, porque nos insultábamos. Pero él más, él me insultaba, decía de todo, “puta, guarra” delante de mis hijos. Y cosas muy duras. Yo al principio no le contestaba, pero luego ya no podía. Empecé a contestarle yo también. Sí, le decía “pues tú que eres un

demonio”, yo también empecé a insultarle, es que llega un momento que no puedes más”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada)

“... cómo se te ocurre venir aquí, como vuelvas a casa me voy a hacerte una denuncia de malos tratos y como vuelvas aquí...”. Y no sé, y digo: “y no te acerques aquí a casa, no vengas aquí más a esta casa que no quiero verte más”. Porque me sentí ya, es que es lo último”. (P6, 48 años, entrevista no estructurada)

“Gracias a Dios que me lo he quitado de encima. Yo no me arrepiento, yo creo que si llego a estar unos años más con él me había pasado algo pero malo”. (P7, 47 años, entrevista no estructurada)

Tema 3: Viviendo con miedo

Hace referencia al estado afectivo y emocional caracterizado por una sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro real o supuesto presente, futuro o pasado. Las mujeres narran como la sensación de miedo es constante y continua dentro de su vida diaria. La falta de elementos que la ayuden a manejarlo, la incertidumbre de cuando, donde y qué tipo de maltrato o violencia sufrirán hacen empeorar esta sensación. Lo que se mantiene constante es la presencia de un peligro real.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones las unidades de significado: “miedo a agresiones”, “miedo a llegar a casa”, “miedo a ruidos”, “miedo a denunciar”, “miedo a estar sola”.

“... yo cerré la puerta y pensaba yo en cualquier momento entra y me clava el cuchillo. Mi hermana, menos mal que estaba mi hermana. Yo creo que ahí ya empezó a amenazarme, ahí empecé a cogerle miedo, ahí yo ya empecé a cogerle miedo”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada)

“... pero siempre tuve ese miedo dentro, un miedo-terror. Empecé a coger, yo le tenía un miedo atroz. Cuando volvía a casa tenía miedo, siempre con miedo, e incluso en el trabajo por el teléfono, porque ya me llamaba, ya me insultaba (...) y me entraba la cosa esa, el agobio, el agobio. Yo le tenía un miedo, le cogí tal miedo, tal pánico que yo cuando le veía respirar o abrir la puerta me hacía el corazón... Miedo, yo le he llegado a tener miedo. Miedo, no sabes..., y todavía le tengo. Y fija-

te que no está en casa”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“Cuando hablaba solo ya me daba miedo porque empezaba a decir. “Hija de la gran puta” con esa voz como de loco y que me daba un miedo horroroso” (P4, 52 años, entrevista no estructurada)

“...yo tenía tanto miedo que yo estaba... Te voy a decir lo que sentía, yo creo que me meé encima para que te des cuenta cómo estaba. Yo no sentía nada, estaba como inerte, yo estaba en un estado que me meé encima y no me di cuenta. Y yo pensaba que se había meado él. Y entonces pensé: “pero si soy yo, que me estoy meando pero es del miedo que tengo”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Debido al miedo, una sensación compartida por algunas mujeres, era que se miedo las impedía tomar la decisión de denunciar al maltratador. Eran conscientes de que su vida corría peligro, de la incertidumbre de la situación y de lo incontrolable de la misma, pero debido al miedo no podían reaccionar o actuar.

“No he denunciado nunca. No, nunca, tenía miedo a la denuncia, por las consecuencias que pudiera tener contra mí si yo lo hacía”. (E6 entrevista no estructurada)

“Yo soy una persona y que a pesar de que yo sabía que me estaba haciendo daño no quería dejarlo, porque me daba miedo... Sí, tenía muchos miedos, tenía muchos miedos. No sabía qué iba a pasar, yo no quería estar sola, porque yo a pesar de todo, a pesar de todo el día que yo le denuncié le seguía queriendo”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Compartida con muchas mujeres, el alcohol y el momento de “estar bebido” o “borracho” es cuando empezaban los maltratos o se acentuaban en su intensidad y violencia.

“...cuando estaba bebido se ponía en un estado que a mí me daba un miedo horroroso, yo me ponía en un estado de ansiedad, que simplemente oír que abría la puerta me empezaban a temblar las manos, me entraba un estado de ansiedad que me empezaba a latir muy deprisa el corazón y me dolía hasta el pecho”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

Tema 4: Viviendo con las obligaciones como mujer

Hace referencia a la percepción de la mujer respecto a qué considera ella misma y el maltratador que son sus obligaciones como “mujer”.

En las narraciones obtenidas, se observa como las diferentes mujeres perciben como el maltratador las exige ciertas obligaciones que deben cumplir. Esas obligaciones aparecen, en ocasiones, ser compartidas por algunas de las mujeres entrevistadas. No es lo común, pero si existe cierto “ideario” sobre lo que debe y no debe hacer la mujer como obligación en el hogar. Las mujeres narran como esas supuestas obligaciones son utilizadas como excusas para ejercer el maltrato y la violencia sobre ellas.

Dentro de este grupo aparece en las narraciones las unidades de significado: “ser su propiedad”, “tener sexo cuando el maltratador quiere”, “realizar las prácticas sexuales que él desea”, tareas domésticas” “cuidado de los hijos”.

Entra estas obligaciones se encuentra el sexo, en las maneras y momentos que el maltratador desea, independientemente de los deseos de la mujer.

“... esa era la sensación que yo tenía, que él se creía que por haberse casado conmigo yo era de su propiedad, que era algo suyo, ¿no? Que yo tenía que hacer lo que él dijera y cuando él dijera, que tenía que obedecer, vamos. Esa era la sensación que a mí me daba (...) “si no lo haces por las buenas lo vas a hacer por las malas”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“... “Esto ha pasado porque tú has querido, esto no pasaría si tú no me negaras lo que me tienes que dar”, “Es que es tu obligación dármelo”. Y yo le contestaba. “no sabía yo que tenía la obligación, yo pienso que eso hay que hacerlo cuando dos personas quieren, cuando lo desean y tú no me puedes a mí obligar”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

De igual modo, dentro de esas obligaciones se encuentran aspectos del cuidado diario, realizar tareas del hogar, limpieza, cocinar, etc.

“... yo todo lo hacía, fregaba el suelo, limpiaba la ventana del polvo, no había una mota de polvo, porque no veas que pasaba, que una vez pasó el dedo, qué pasa “a ver si limpiamos, guarra”. (P6, 48 años, entrevista no estructurada)

“... yo le hacía sus comidas favoritas, me metía en la cocina y le hacía muchas cosas que le gustaban, que sabía que le gustaba, sobre todo la pasta y el arroz le gustaba mucho, y le hacía muchas cosas así. Y siempre estaba buscando recetas, a ver qué más le podía buscar, siempre mimándole, siempre lo tenía todo perfecto. Me levantaba por la mañana y cuando él venía de trabajar estaba todo colocado, todo súper limpio, todo vamos, estaba la casa como los chorros del oro”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

“... me veía que mi cabeza estaba en ese aspecto mejor que la suya. Yo llevaba las cuentas de mi casa, las he llevado siempre, él no sabe, él no sabe si qué luz, si hay colegio, si no había colegio, si los niños, cuando estudiaban nunca se ha preocupado, o sea, ha sido todo a mi cargo”. (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

Se observa en algunas mujeres, como el concepto de “obligación” está unido al concepto de ser “buena o mala mujer”. El haber realizado las tareas o roles esperados es determinante para la mujer sometida a violencia por el maltratador. El no haber sido considerada, ni ella ni sus esfuerzos o trabajo dentro de lo esperado de ella como “mujer” es algo que algunas mujeres narran como algo relevante, junto a la presencia de maltrato.

“... tengo la conciencia tranquila, a pesar de todas las broncas continuas. Creo que he sido una buena mujer con él, me he portado bien con él, le he dado todo lo que podido y lo que he sabido, quizás más de lo que se ha merecido, más de lo que se ha merecido, porque hay cosas que no se ha merecido, la verdad. Y creo que he sido una buena madre y todo eso me duele que no haya valorado nada de eso”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

Muchas mujeres coinciden en que su rol se resumía en tres aspectos; ser esclava, criada y niñera de su expareja. Esclava respecto a temas sexuales, criada para hacer las cosas de la casa, cocinar, limpiar y niñera para el cuidado de los hijos y de apoyo al maltratador.

Tema 5: sintiéndose culpable.

Hace referencia a la sensación de cuenta pendiente, de deber algo, de sentirse mal por tomar medi-

das contra el maltratador o por haberse retrasado en tomarlas.

Dentro de este grupo aparece en las narraciones: “a pesar de todo le quiero y me siento mal denunciándole”, “la culpa está ahí”, “su familia me marcaba como la responsable de todo”.

Muchas de las mujeres incluidas en el estudio, están separadas de su pareja o tienen orden de alejamiento. Estas mujeres narran como se sienten culpables por no haber cortado la situación mucho antes, y haber evitado determinadas situaciones que ellas y sus hijos han vivido.

“Tras todos estos años... tuvo que enviarme al hospital para darme cuenta de todo. Aun me siento culpable... culpable por dejar que pasará, culpable por no tomar medidas antes, culpable por no poder evitar que mis hijos estén marcados, culpable por quererle aún...” (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

Por otro lado, en el momento de tomar la decisión de cortar con el maltrato y el maltratador, incluso en la denuncia, tras realizarla siente culpabilidad.

“La denuncia ha sido el momento donde más me sentí culpable. Lo tenía claro, era él o yo, me iba a matar... Pero cuando vi los ojos de mis hijos dude, les alejaba de su padre ¿qué pensarían de mí? (P13, 40 años, entrevista semi-estructurada)

Algunas mujeres relacionan la culpabilidad por no haber podido cumplir sus “funciones” u “obligaciones” como mujer. La sensación de que deberían haberlo intentado más o haberse esforzado permanece en las narraciones de algunas de las mujeres. Este punto, podría integrarse de igual modo en el tema: **Viviendo con las obligaciones como mujer.**

“¿Qué si siento culpa? Claro. No puedo evitar pensar que tal vez sea por mí, que no me entregara lo suficiente, que no le atendiera como se merecía... Sé que es una tontería, y no debo pensar esto, pero esto se me ha quedado dentro, como una marca a fuego, marcada...” (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

6. Discusión

Nuestros resultados muestran que las mujeres se reconocen como víctima de violencia, y coinciden

con estudios previos (Hayati et al, 2013; Malpass et al, 2014), donde se muestran que las mujeres presentan falta de autoestima y de confianza, sobre todo aquellas en las que el maltrato se mantiene durante largo tiempo. El apoyo psicosocial permite que estas mujeres recuperen su autoestima, su confianza y aumente la necesidad de cambiar sus vidas (Albuquerque et al, 2015). Sin embargo, la presencia de lesiones graves y severas puede desencadenar el proceso de denuncia y separación sin estar recuperadas psíquicamente. (Othman et al, 2014).

Por otro lado, las mujeres que han sufrido maltrato experimentan una estigmatización, debido a la vergüenza que siente ella y su familia, al considerar el maltrato como un asunto privado (McCleary-Sills et al, 2016). Esta vergüenza se basa en la creencia equivocada que la violencia es un problema conyugal eventual, y no se debe involucrar a otras personas (profesionales, familia), considerando la ayuda intrusiva e innecesaria (Othman et al, 2014). Esta vergüenza puede condicionar sus relaciones sociales, cerrando cada vez más su círculo social, sobre todo en comunidades pequeñas (Roush & Kurth, 2016).

El miedo es una constante en las narraciones de nuestras participantes. Ese miedo constante es vivido como una situación aterradora e incontrolable que perdura pese a interrumpirse la relación (Keeling et al, 2016), que se asocia la persistencia de este miedo a la presencia simbólica del agresor; aunque este no se encuentre físicamente (Souto et al, 2015)

El miedo no aparece sólo por la amenaza de daño físico a la mujer, también aparece por otras circunstancias, como el secuestro o el daño de los hijos (Gregory et al, 2017). Además, otros estudios revelan como el maltrato se puede ocultar por miedo al insulto, la discriminación, o el abandono en el caso de mujeres embarazadas (Turan et al, 2016) o dependientes económicamente al hombre (McCleary-Sills et al, 2016; Rishal et al, 2016)

Nuestros resultados muestran como aparece culpabilidad en la mujer maltratada, al considerarse como responsable. Esto coincide con estudios previos (Othman et al, 2014), en los que se describe como las mujeres asociaban esa violencia con sus propios fallos, y era su esposo el encargado de corregirlo. Esto tiene un elevado riesgo para la mujer debido a que se puede llegar a aceptar so-

cialmente la violencia como un instrumento a esgrimir por el hombre-esposo (McCleary-Sills et al, 2016) o puede llegar a ser minimizado o aceptado por la víctima. (Othman et al, 2014).

Este tema estaría relacionado en ocasiones con la culpabilidad experimentada por las víctimas ante el desempeño de sus "obligaciones o funciones como mujer". Las obligaciones de la mujer se fundamentan en el rol establecido por una sociedad patriarcal. Nuestros resultados coinciden con estudios previos que muestran como la mujer es catalogada dentro del hogar, cuya función es la crianza de los hijos, y no debe trabajar fuera de casa (Kelmendi, 2015; Mannell et al, 2016; Roush et al, 2016). Por otro lado, Cardoso et al (2016), describe como la violencia hacia la mujer se produce en casos donde se invierten los roles, en los que la mujer trabaja y es la principal fuente de ingresos, al vez que el hombre está desempleado.

Las relaciones sexuales, son vividas por nuestras participantes como desagradables, y muchas veces las mujeres se sintiesen forzadas. Estudios previos, definen estas situaciones como violaciones (Stern et al, 2016), generando un rechazo de las mujeres hacia el sexo (Roush & Kurth, 2016). En contra, de manera sorprendente, existen situaciones donde las relaciones sexuales se consideran una obligación de la mujer y el hombre puede sentirse autorizado a mantenerlas (Cardoso et al, 2016).

7. Conclusiones

El análisis de los testimonios evidenció que la violencia conyugal es un fenómeno social multifacético recurrente y que influye en forma significativa en la salud de las mujeres que vivencian esta experiencia. (Anexo 3)

La violencia es cada vez más analizada como un problema importante de salud pública, considerando que las mujeres enfrentan situaciones muy difíciles.

Desde la experiencia de las mujeres, el maltrato es un proceso largo y continuo en el que sufren miedo, incertidumbre y culpabilidad.

Ocultar el maltrato es un rasgo que aparece en la mayoría de las mujeres; ocultamiento ante su familia, su círculo social más cercano así como al propio personal sanitario que las atiende en las urgencias hospitalarias o las consultas de Aten-

ción Primaria. La relación con los profesionales es variable, viviendo la mujer situaciones de comprensión y sospecha ante la mirada de los profesionales.

Confrontar esta problemática exige que los profesionales de la salud reconozcan que la violencia es un problema de salud colectiva que sobrepasa todas las dimensiones de las relaciones sociales, cuyas raíces están en la desigualdad de género.

La violencia puede estar presente en todos los ámbitos de la vida de la mujer y puede manifestarse de diferentes formas (la violencia física, la violencia psicológica y la violencia social) y en diversas circunstancias donde, incluso, los hijos/as se ven incluidos en el maltrato.

La violencia ejercida sobre la mujer deteriora su integridad, dando como consecuencias una salud deficiente, trastornos familiares y del grupo social.

De entre las consecuencias para la salud de la mujer se pueden destacar, las complicaciones físicas y las psicológicas que producen incapacidad importante en una mujer sin olvidar las consecuencias sociales que la imposibilitan dejar ese hogar violento donde se vulnera sus derechos como persona y denigran su individualidad. Por ello, se trata de un fenómeno que afecta la salud de la persona y que tiene repercusiones en la salud pública en todos los niveles (regional, nacional e internacional).

Estos resultados pueden ser utilizados para comprender de una manera más cercana y profunda la experiencia de vivir el maltrato desde la perspectiva de las propias mujeres. Además, estos resultados pueden servir de guía y apoyo para elaborar protocolos de asistencia en centros sanitarios, y programas específicos para mujeres que han vivido situaciones de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, N. L., Moura, M. A., Fernandes, E. S. G., Penna, L. H., & Pereira, A. L. (2015). Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36, 135-142.
- Amezcu, M. & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Cardoso, L. F., Gupta, J., Shuman, S., Cole, H., Kpebo, D., & Falb, K. L. (2016). What factors contribute to intimate partner violence against women in urban, conflict-affected settings? Qualitative findings from Abidjan, Cote d'Ivoire. *Journal of Urban Health*, 93(2), 364-378.
- Carpenter C, Suto M (2008) *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Castillo, E. & Vásquez, L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica* 34(3).
- Comunidad de Madrid (2014). *Plan estratégico de salud mental 2010-2014*. Consejería de Sanidad.
- Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison SL. (2011). Intimate partner violence. *American Family Physician*, 83(10):1165-1172
- Curry, L. A., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2009). Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*, 119(10), 1442-1452.
- Dardis, C., Dixon, K., Edwards, K. & Turchik, J. (2014). An examination of the factors related to dating violence perpetration among young men and women and associated theoretical explanations: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 16(2), 136-152.
- European Union. (2014). Violence against women: an EU- wide survey. *FRA European Union Agency for Fundamental Rights*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fernández, D. (2012). *Destrucción y reconstrucción de la identidad de mujeres maltratadas: Análisis de discursos autobiográficos y de publicidad institucional*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias de la Información, España.
- Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action*, 9, 10.3402/gha.v9.29890.
- Geanellos, R. (2000). Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*, 7(2), 112-119.

- Gregory, A., Feder, G., Taket, A., & Williamson, E. (2017). Qualitative study to explore the health and well-being impacts on adults providing informal support to female domestic violence survivors. *BMJ Open*, 7(3), e014511.
- Guruge, S. (2012). Intimate partner violence: a global health perspective. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44(4), 3654.
- Hayati, E., Eriksson, M., Hakimi, M., Högberg, U. & Emmelin, M. (2013). Elastic band strategy': women's lived experience of coping with domestic violence in rural Indonesia. *Global Health Action*, 2(6), 1-12
- Jewkes, R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. *The Lancet*, 382(9888), 190-191.
- Keeling, J., Smith, D., & Fisher, C. (2016). A qualitative study exploring midlife women's stages of change from domestic violence towards freedom. *BMC Women's Health*, 16(1), 13.
- Kelmendi, K. (2015). Domestic violence against women in Kosovo: a qualitative study of women's experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(4), 680-702.
- Labronici, L. M. (2012). Resilience in women victims of domestic violence: a phenomenological view. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 625-632.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Malpass, A., Sales, K., Johnson, M., Howell, A., Agnew-Davies, R. & Feder, G. (2014). Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study. *The British Journal of General Practice*, 64(620), 151-158
- Mannell, J., Jackson, S., & Umutooni, A. (2016). Women's responses to intimate partner violence in Rwanda: Rethinking agency in constrained social contexts. *Global Public Health*, 11(1-2), 65-81.
- Martinez-Torteya, C., Anne Bogat, G., von Eye, A., & Levendosky, A.A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. *Child Development*, 80(2):562-77.
- McCleary-Sills, J., Namy, S., Nyoni, J., Rweyemamu, D., Salvatory, A., & Steven, E. (2016). Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global Public Health*, 11(1-2), 224-235.
- Meyersfeld, B. C. (2012). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence--Introductory note by. *International Legal Materials*, (1), 106-132.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012*. Observatorio de Salud de las Mujeres.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015a). *Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015b). *Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- Muñoz-Cobos, F., Burgos, M.L., Carrasco, A., Martín, M.L., Río, J., Ortega, I. & Villalobos, M. (2009). Coming out of the whirlwind of abuse. Qualitative research on gender violence. *Atención Primaria*, 41(9), 493500.
- Norlyk, A., & Harder, I. (2010). What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research*, 20(3), 420-431.
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres*.
- Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. (2014). Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: A qualitative enquiry. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1497-1513.
- Pope C, Mays N.(2006) *Qualitative research in health care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rishal, P., Joshi, S. K., Lukasse, M., Schei, B., Swahnberg, K., & ADVANCE Study Group. (2016). 'They just walk away'—women's perception of being silenced by antenatal health workers: a qualitative study on women survivors of domestic violence in Nepal. *Global Health Action*, 9(1), 31838.
- Roush, K., & Kurth, A. (2016). The lived experience of intimate partner violence in the rural setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(3), 308-319.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola, J., Blanco, P., González, J.M., Ayuso, P. & Montero, M.I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3).
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75.

- Singsuriya, P. (2015). Nursing researchers' modifications of Ricoeur's hermeneutic phenomenology. *Nursing Inquiry*, 22(4), 348-358.
- Souto, R. Q., Merighi, M. A. B., Guruge, S., & Jesus, M. C. P. (2015). Older Brazilian women's experience of psychological domestic violence: a social phenomenological study. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 44.
- Stern, E., Buikema, R., & Cooper, D. (2016). South African women's conceptualisations of and responses to sexual coercion in relation to hegemonic masculinities. *Global Public Health*, 11(1-2), 135-152
- Sutherland, M. A., Fantasia, H. C., & Hutchinson, M. K. (2016). Screening for intimate partner and sexual violence in college women: missed opportunities. *Women's Health Issues*, 26(2), 217-224.
- Tarzia, L., Murray, E., Humphreys, C., Glass, N., Taft, A., Valpied, J., & Hegarty, K. (2016). I-DECIDE: an online intervention drawing on the psychosocial readiness model for women experiencing domestic violence. *Women's Health Issues*, 26(2), 208-216.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Turan, J. M., Hatcher, A. M., Romito, P., Mangone, E., Durojaiye, M., Odero, M., & Camlin, C. S. (2016). Intimate partner violence and forced migration during pregnancy: Structural constraints to women's agency. *Global Public Health*, 11(1-2), 153-168.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- World Medical Association General Assembly. (2004). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *International Journal of Bioethics*, 15(1), 124.

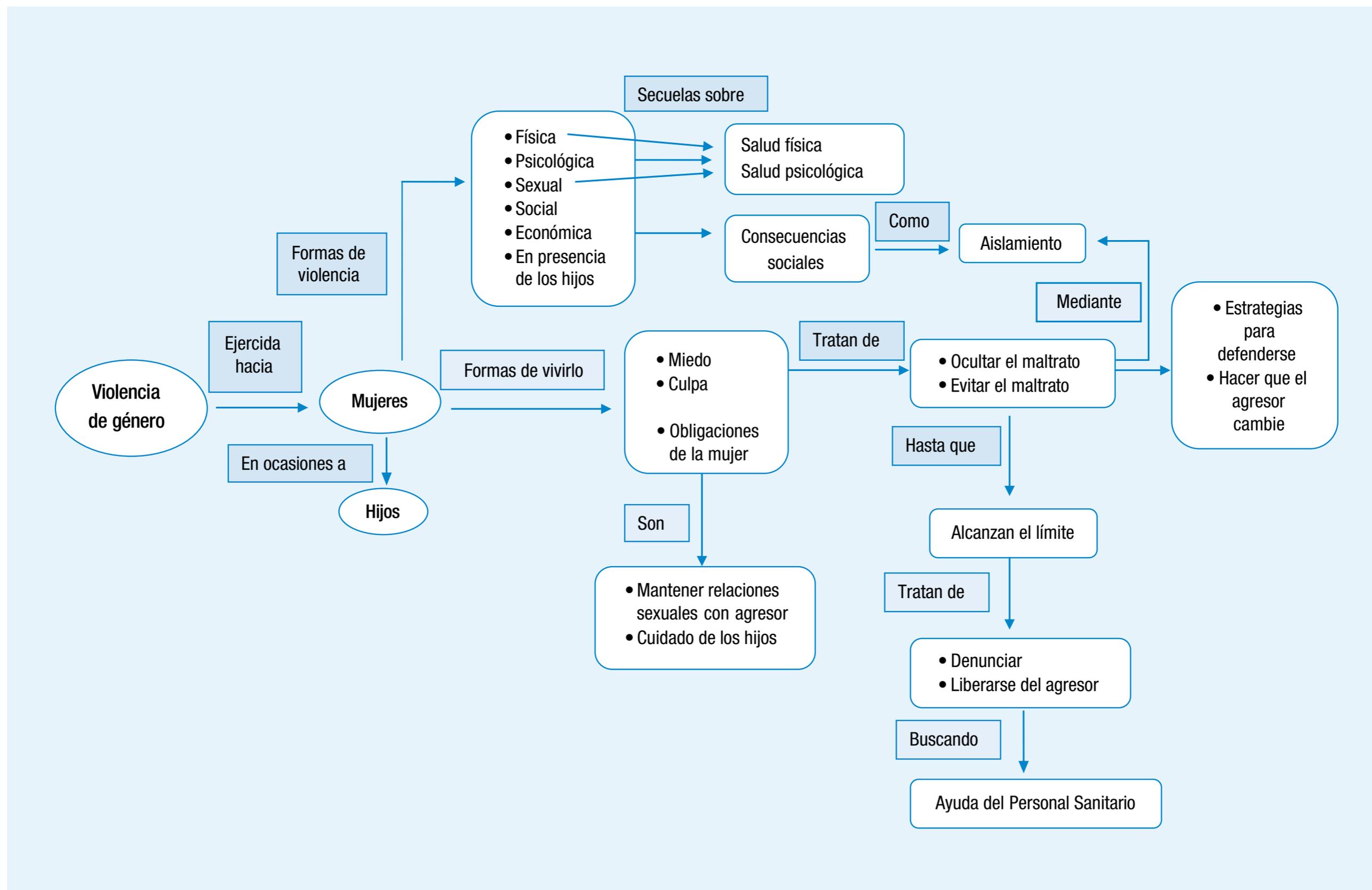
ANEXO 1. Guión de preguntas de la entrevista semiestructurada

Pregunta temática / Aspectos a investigar	Pregunta dinámica/ Preguntas a realizar en el campo
Relación de pareja	¿Cómo ha vivido esa relación de pareja? ¿Cómo se siente conviviendo en pareja? ¿Qué fue lo más relevante para usted en su relación? (Antes y después de la primera vez que sucedió el maltrato).
Preocupaciones	¿Cómo le ha afectado esa relación pareja en su vida? ¿Qué consecuencias ha tenido para usted y su entorno? ¿Cómo ha manejado la situación?
Rol de mujer	¿En qué medida ha afectado esa relación a su condición de mujer? ¿Se ha sentido limitada o influenciada de alguna manera? ¿Cómo vivía usted la situación teniendo hijos en casa? ¿Cuál cree que es su papel dentro de la relación de pareja? ¿Y en casa con el resto de familia?
Reconocimiento ser víctima	¿Qué significado tiene para usted ser maltratada? ¿Qué ocasión recuerda usted especialmente de forma positiva/ negativa? ¿De qué manera le ha afectado esta situación en su vida?
Miedo y culpabilidad	¿Cómo se sentía cuando comenzaban los malos tratos? ¿Qué pensamientos tenía durante el proceso? ¿Cómo se sentía cuando cesaban los malos tratos? ¿Cómo se sintió tras tomar la decisión de denunciar? ¿Cómo se sintió tras la separación con el agresor? ¿En algún momento del maltrato usted sintió culpabilidad o de alguna manera responsable de algo de esa situación?

ANEXO 2. Características sociodemográficas

Código	Edad	País	Situación laboral	Nivel de estudios	Nº de persona de convivencia	Nº de personas a su cargo	Nº de hijos	Denuncia	Relación con el agresor
P1	36	Marruecos	Desempleada	Sin estudios	3	2	2	Si	Orden de alejamiento
P2	49	España	Desempleada	Graduado escolar	5	5	5	Si	Orden de alejamiento
P3	59	España	Ama de casa	Sin estudios	0	0	2	No	Separación física
P4	52	España	Desempleada	Formación profesional	3	2	3	Si	Orden de alejamiento
P5	64	España	Ama de casa	Sin estudios	1	0	3	No	Separación física
P6	46	Santo Domingo	Trabajadora	Sin estudios	0	0	3	Si	Orden de alejamiento
P7	47	España	Desempleada	Bachillerato	0	0	2	Si	Orden de alejamiento
P8	40	España	Pensionista	Graduado escolar	4	3	4	Si	Orden de alejamiento
P9	46	España	Desempleada	Graduado escolar	0	0	2	Si	Divorcio
P10	35	España	Trabajadora	Graduado escolar	1	1	1	Si	Orden de alejamiento
P11	40	España	Desempleada	Estudios universitarios	3	3	3	No	Divorcio
P12	50	España	Trabajadora	Sin estudios	0	0	2	Si	Divorcio
P13	40	España	Trabajadora	Estudios universitarios	2	0	0	Si	Orden de alejamiento
P14	42	Yemen	Desempleada	Estudios universitarios	2	2	2	No	Separación física
P15	47	Marruecos	Desempleada	Sin estudios	4	4	6	Si	Divorcio
P16	44	España	Pensionista	Estudios universitarios	2	1	1	Si	Divorcio
P17	35	España	Trabajadora	Graduado escolar	0	0	1	Si	Divorcio
P18	46	España	Jubilada	Graduado escolar	0	0	0	No	Separación física
P19	60	España	Pensionista	Sin estudios	0	0	1	No	Separación física
P20	58	España	Desempleada	Estudios universitarios	0	0	2	Si	Divorcio
P21	24	España	Trabajadora	Graduado escolar	2	1	1	Si	Separación física
P22	48	España	Pensionista	Graduado escolar	4	1	2	Si	Divorcio
P23	47	Venezuela	Desempleada	Estudios universitarios	5	0	0	Si	Divorcio
P24	38	España	Trabajadora	Formación profesional	3	1	1	Si	Divorcio
P25	54	España	Pensionista	Sin estudios	1	0	3	Si	Divorcio
P26	49	Argentina	Desempleada	Graduado escolar	3	2	2	Si	Divorcio
P27	45	Ecuador	Trabajadora	Bachillerato	10	8	3	No	Divorcio
P28	63	España	Ama de casa	Graduado escolar	1	0	2	Si	Divorcio Orden de alejamiento
P29	38	España	Trabajadora	Bachillerato	5	3	3	Si	Divorcio

ANEXO 3. Mapa conceptual de la experiencia de vivir el maltrato



Comparación de la vía intraósea e intravenosa en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria.

¿Debería la enfermería de emergencias considerar la vía intraósea como primera opción en los pacientes adultos?

Adrián Martínez Tapia

Graduado en Enfermería por la Universidad Rey Juan Carlos.

Especialista Universitario de Enfermería en Urgencias y Emergencias Extrahospitalarios. Universidad Rey Juan Carlos

Fecha de recepción: 23/11/2018 Fecha de aceptación: 18/01/2019 Fecha de publicación: 31/01/2019

Cómo citar este artículo: Martínez Tapia, A. Comparación de la vía intraósea e intravenosa en la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. ¿Debería la enfermería de emergencias considerar la vía intraósea como primera opción en los pacientes adultos?. *Conocimiento Enfermero* 3 (2019): 29-42.

RESUMEN

Introducción. El uso de la vía intraósea en las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias se ha incrementado en la última década. Sin embargo, no se conoce con exactitud si supone un beneficio en la supervivencia a la llegada al hospital y al alta hospitalaria, en la recuperación de la circulación espontánea, y en el pronóstico neurológico de estos pacientes.

Objetivo. Determinar si la canalización de una vía intraósea como primera opción, en el contexto de una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, mejora los resultados obtenidos en el paciente, en comparación con la vía venosa periférica.

Metodología. Revisión bibliográfica acotada en un margen temporal de 10 años de la literatura científica recogida en las bases de datos *CINHAL*, *PubMed*, *Web Of Science* y *Scopus*.

Resultados. La vía intraósea permite obtener un acceso vascular en menos tiempo que la vía intravenosa, aunque no hay datos suficientes para comparar los diferentes dispositivos disponibles y la localización anatómica de la punción. Sin embargo, la utilización de la vía intravenosa consigue mejores resultados en la supervivencia a la llegada al hospital, en la recuperación de la circulación espontánea, y en el pronóstico neurológico.

Conclusiones. La utilización de la vía intraósea como primera opción de acceso vascular, no ha demostrado incrementar la supervivencia a la llegada al hospital, favorecer la recuperación de la circulación espontánea, ni mejorar el pronóstico neurológico de estos pacientes, en comparación con la vía venosa periférica.

Palabras clave: infusiones intravenosas; infusiones intraóseas; servicios médicos de urgencia; paro cardíaco extrahospitalario; reanimación cardiopulmonar; enfermería de urgencia; atención de enfermería.

Comparison of intraosseous and intravenous access in out-of-hospital cardiac arrest.

Should emergency nursing consider intraosseous route as first option in adult patients?

ABSTRACT

Introduction. Use of intraosseous route in out-of-hospital cardiac arrest has increased in last decade. However, little is known about its benefit in some clinical outcomes: survival to hospital arrival, survival to hospital discharge, return of spontaneous circulation, and neurological recovery.

Objective. Determine if use of introsseous route as first option in out-of-hospital cardiac arrest, improves clinical outcomes in this patients, compared to intraveous route.

Method. Bibliographic review bounded in a 10 years timeframe of the scientific literature collected in *CINHAL*, *PubMed*, *Web Of Science* and *Scopus* databases.

Results. Intraosseous route allows to get a vascular access faster than intravenous route, but not enough data were available to compare different devices and anatomical location of the punctures. However, the use of intravenous route achieves better outcomes in survival to hospital arrival, return of spontaneous circulation, and neurological recovery.

Conclusion. Use of intraosseous route as first option in out-of-hospital cardiac arrest has not been shown to improve neither the survival to hospital arrival, return of spontaneous circulation, nor neurological recovery, in comparison with intravenous route.

Keywords: infusions, intravenous; infusions, intraosseous; emergency medical services; out-of-hospital cardiac arrest; cardiopulmonary resuscitation; emergency nursing; nursing care.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/43>

Introducción

Los Servicios de Emergencias Médicas Extrahospitalarias (SEMEx), atienden anualmente a un gran número de personas en España. Las patologías traumáticas, agresiones e intoxicaciones, suponen el 47,2% de las intervenciones sanitarias, mientras que otras emergencias como el Síndrome Coronario Agudo (SCA), la Parada Cardiorrespiratoria (PCR), y las arritmias, quedan relegadas al segundo puesto suponiendo un 8% de las intervenciones [1].

La PCR, definida como una interrupción brusca, inesperada, y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontánea [2], supone solo un 1,7% dentro de las patologías extrahospitalarias más graves [1].

En España, la PCR ocasiona unas 24.500 muertes al año. Lo que equivale aproximadamente a 1 cada 20 minutos [3]. Actualmente no hay datos globales sobre la PCR extrahospitalaria en nuestro país, dada la gran variabilidad entre regiones. Por ello se han desarrollado planes de registro nacional como el proyecto *OHSCAR (Out Of Hospital Cardiac Arrest Registry)* [4].

A nivel europeo, se estiman alrededor de 275.000 PCR anuales. El estudio EuReCa-ONE, llevado a cabo sobre 27 naciones europeas durante 1 mes, demostró una incidencia de 10.682 PCR extrahospitalarias. Se iniciaron maniobras de soporte vital avanzado en el 66% de los casos, consiguiendo una supervivencia del 25,2% a la llegada al hospital [5].

La complejidad del abordaje de la PCR extrahospitalaria, y la necesidad de actuar de forma ordenada y coordinada, puso de manifiesto la necesidad de elaborar una serie de recomendaciones que unificaran la actuación sanitaria en esta situación. Por ello, desde hace años, diferentes orga-

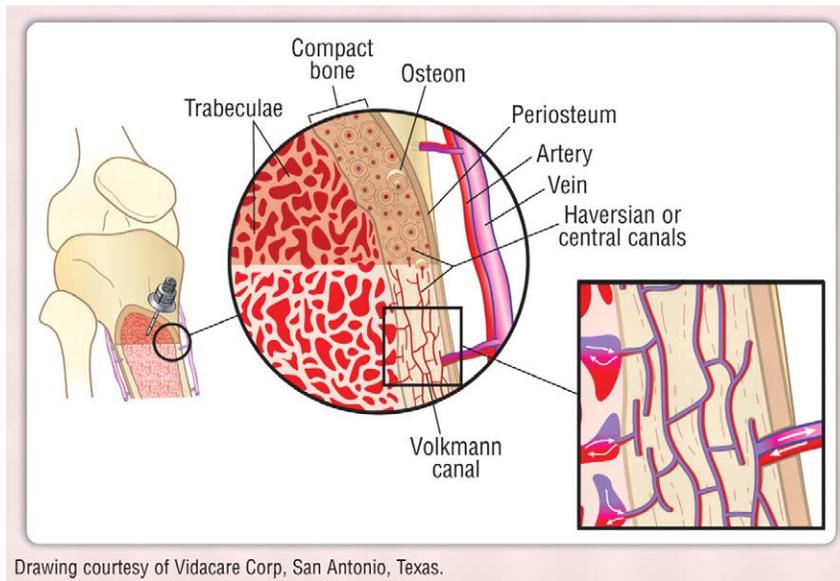
nismos recogidos dentro del ILCOR (*International Liaison Committee on Resuscitation*), como la ERC (*European Resuscitation Council*) [6,7], y la AHA (*American Heart Association*) [8], han desarrollado guías de actuación destinadas a este fin.

Uno de los aspectos destacados de estas guías es la necesidad de conseguir un acceso vascular en el menor tiempo posible. Hasta el año 2010, tanto la AHA [8] como la ERC [9], consideraban el acceso venoso periférico como primera opción, seguida del acceso venoso central, y la instilación endotraqueal. Quedando la vía intraósea (IO) relegada a situaciones concretas dentro de la PCR pediátrica [8]. Sin embargo, la complejidad de canalizar una vía venosa periférica (VVP) en este tipo de emergencias, y la aparición de estudios que demuestran la efectividad, seguridad y sencillez de la vía IO [10], hizo que a partir de 2010, la AHA, la ERC, *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* y *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, reconocieran el acceso IO como segunda vía de elección, cuando no se dispone de un acceso venoso periférico [11].

Generalidades de la vía intraósea

A grandes rasgos, los huesos largos constan de dos epífisis, compuestas de hueso esponjoso o trabecular (donde se localiza la médula ósea), y un eje central (diáfisis), compuesto por hueso compacto o cortical, donde los conductos de Havers, comunicados por los canales de Volkman, conectan la médula ósea con la circulación central.

Los plexos venosos sinusoides de la médula ósea no se colapsan en caso de PCR, por lo que, esta es una de las indicaciones (Anexo 1) de la vía IO [12-14].

Figura 1. Anatomía ósea.Fuente: www.vidacare.com**Figura 2.** Dispositivo COOK®.Fuente: www.cookmedical.com

Atendiendo a la modalidad de inserción, estos son algunos de los dispositivos intraóseos más utilizados en la actualidad [12-15]. (Ver Anexo 2)

Dispositivos de colocación manual:

- Agujas tipo COOK®: Disponen de una base, un catéter de acero o poliuretano, un trocar metálico extraíble, y unas aletas de sujeción. Existen subtipos como: Sur Fast®, Sussman-Razynski®, y Jamshidi®.
- FAST1® (*First Access for Shock and Trauma*): Se coloca en la parte superior del esternón. Es el dispositivo que permite mayor velocidad de infusión, pero interfiere con las maniobras de reanimación.

Figura 3. Dispositivo FAST1®.Fuente: www.pyng.com

Indicado principalmente en entorno militar. También existen variantes de dispositivos FAST1 mediante disparo (*FASTTactical®*, y *FASTResponder®*)

Dispositivos de colocación por disparo:

- B.I.G® (*Bone Injection One*): Es un sistema compacto con un pasador de seguridad, un muelle y un gatillo, que, al pulsarlo, dispara el catéter con la fuerza suficiente para atravesar las estructuras

Figura 4. Dispositivo FASTTactical®.Fuente: www.pyng.com**Figura 5.** Dispositivo FASTResponder®.Fuente: www.pyng.com**Figura 6.** Dispositivo B.I.G.®.Fuente: www.waismed.com**Figura 7.** Dispositivo EZ-IO®.Fuente: www.vidacare.com

óseas. Tiene la característica de poder seleccionar la profundidad deseada.

Mayor rapidez de colocación que los anteriores.

Dispositivos de colocación mediante taladro:

- Dispositivo EZ-IO®: Es un dispositivo portátil, similar a un taladro, que, gracias a la rotación del motor, y la presión ejercida sobre el punto de inserción, permite introducir el catéter en la médula ósea de una forma más rápida y menos traumática.

Justificación y objetivos

La vía intraósea ha ido adquiriendo importancia con los años, gracias en parte al desarrollo tecnológico de los dispositivos, y a la realización de es-

tudios que han demostrado su efectividad y superioridad frente a la canalización de una nueva vía venosa central (VVC), y la instilación endotraqueal. Sin embargo, las guías actuales siguen ubicando la VVP como primera opción de acceso vascular en caso de PCR, siendo la vía IO la alternativa directa en caso de que la primera opción no sea posible.

Partiendo de la base de que los resultados de una PCR, y en último término, la supervivencia, son tiempo-dependientes, y teniendo en cuenta que, tanto el medio extrahospitalario como el frecuente colapso vascular en esta situación clínica, dificulta el acceso venoso periférico, **¿Es posible que la canalización de una vía IO como primera opción en pacientes en PCR extrahospitalaria mejore los resultados del soporte vital avanzado (SVA) llevado a cabo, en comparación con la VVP?**

En el presente estudio, los resultados del SVA en una PCR conciernen la recuperación de la circulación espontánea (RCE), la supervivencia a la llegada al centro hospitalario, la afectación neurológica, y la supervivencia al alta hospitalaria.

La enfermería de emergencias tiene un papel fundamental en la elección del mejor método de acceso vascular, por lo que, la realización de una revisión bibliográfica que sintetice la evidencia disponible, y trate de orientar a los profesionales de enfermería en su elección, puede contribuir a mejorar los cuidados llevados a cabo durante la PCR extrahospitalaria.

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es determinar si la canalización de una vía IO como primera opción, en el contexto de una PCR extrahospitalaria, mejora los resultados obtenidos en el paciente, en comparación con la VVP; A su vez, también se tratará de:

- Comparar los tiempos de canalización de los dispositivos intravenosos e intraóseos.
- Comprobar si existen diferencias entre los diferentes dispositivos intraóseos, y lugares de punción en este contexto.

Metodología

Para resolver la pregunta de investigación propuesta, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CINAHL, Web Of Science (WOS) y SCOPUS, acotando los resultados en un margen temporal de 10 años, comprendido entre enero de 2008 y julio de 2018. Se utilizaron diferentes ecuaciones de búsqueda que combinaban los tesauros correspondientes mediante operadores booleanos (Anexo 3), y se acotaron los resulta-

dos obtenidos mediante filtros bibliográficos (Tabla 1).

En la búsqueda inicial se obtuvieron 134 resultados, de los cuales 67 se encontraban dentro de los límites aplicados mediante los filtros bibliográficos. Posteriormente, mediante la lectura de título y resumen, se descartaron aquellos artículos cuyo contenido no era útil para resolver la pregunta de investigación propuesta, obteniéndose un total de 38 resultados potencialmente válidos. Estos resultados fueron divididos en dos categorías: a) artículos de revisión, y b) estudios primarios. Los criterios de inclusión para cada categoría fueron los siguientes:

- Revisiones bibliográficas sistemáticas y metaanálisis que comparen la vía IO y la VVP, en función del tiempo de canalización, y los resultados obtenidos tras una PCR extrahospitalaria.
- Estudios observacionales prospectivos y retrospectivos sobre una muestra mayor de edad (>18 años) en PCR extrahospitalaria, que estudien la vía intraósea en este contexto, y/o la comparen con el acceso venoso periférico en términos de tiempo y/o resultados obtenidos.

Tras la eliminación de duplicados en cada base de datos, y el análisis de los artículos en función de los criterios de selección, se obtuvieron 13 artículos.

Para garantizar el rigor científico de la revisión bibliográfica, y basándonos en datos del *Journal Citation Reports*, se seleccionaron solo aquellos artículos publicados en revistas cuyo factor de impacto en el año de publicación les situaba en el primer (Q1) o segundo cuartil (Q2). Sin embargo, se ha realizado un análisis basado en los criterios

Tabla 1. Filtros bibliográficos.

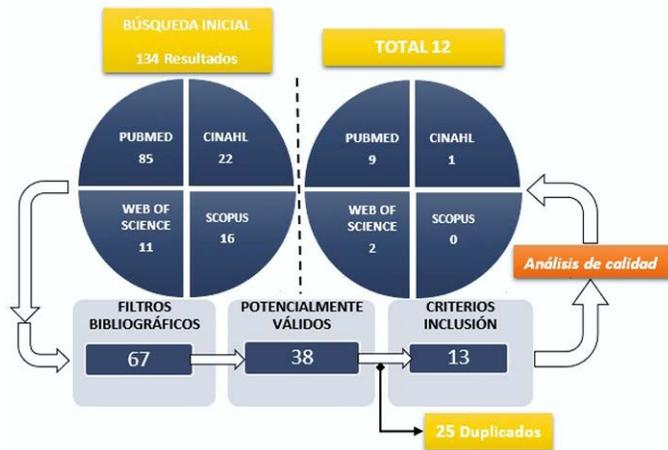
Filtro	Límites
Fecha de publicación	1/ enero/ 2008 - 14/ julio/ 2018
Idiomas	Inglés y español
Especie estudiada	Humanos (no estudios en animales)
Disponibilidad del artículo	Sin restricción
Tipo de artículo	Sin restricción

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Puntuación CASPe para artículos de revistas del Q3.

Artículo	Revista	CASPe Objetivo	CASPe Puntuación
Intraosseous Access EZ-IO in a prehospital emergency service [19]	Journal of Emergency Nursing	6/11	7 (Incluido)
Options for intravascular access during resuscitation of adults [20]	Emergency Nurse	6/10	2 (Descartado)
Time to epinephrine in OHCA: A retrospective analysis of intraosseous vs intravenous access [21]	Disaster Medicine Journal	6/11	7 (Incluido)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. Diagrama de flujo.

Fuente: Elaboración propia.

de lectura crítica CASPe [16-18], sobre 3 artículos publicados en revistas del tercer cuartil (Q3), sin llegar al Q4 (Tabla 2), descartando uno de ellos.

El proceso de búsqueda bibliográfica, resumido en la Figura 8, finaliza con un total de 12 resultados que serán analizados en el presente estudio.

Resultados

Diversos estudios han tratado de comparar ambos tipos de acceso vascular durante una PCR extrahospitalaria, atendiendo a diferentes criterios.

Tiempos de canalización intravenosa e intraósea

Los estudios analizados dejan claro la necesidad de establecer un acceso vascular con la mayor brevedad posible ante situaciones de emergencia. Revisiones bibliográficas así lo reflejan, afirmando que

la vía IO supone un método rápido y de confianza durante el SVA ante una PCR, que permite administrar fluidos, conseguir una adecuada concentración plasmática de fármacos [22], y extraer muestras sanguíneas con unos valores muy similares a los obtenidos en mediciones intravenosas de pH, exceso de bases (EB), bicarbonato, sodio y ácido láctico [23].

En un estudio de simulación clínica, se ha demostrado que, tras un breve periodo de entrenamiento, los profesionales sanitarios son capaces de canalizar tanto vías IO como VVP en simuladores, incluso con equipamiento NRBQ (Nuclear, Radiológico, Biológico y Químico). En este estudio se observó que el tiempo de canalización IO mediante el dispositivo EZ-IO[®], fue menor en ambos escenarios que en la VVP: Sin equipamiento NRBQ (IO: 50±9" vs VVP: 70±30"). Con equipamiento NRBQ (IO: 65±17" vs VVP: 104±30"). Tiempo medio (IO: 20±24" vs VVP: 39±20" (p<0,001)) [24]

Otros estudios han demostrado que con el dispositivo EZ-IO[®], la canalización intraósea en pa-

cientes críticos se consigue al primer intento en el 100% de los casos (114 canalizaciones), en un tiempo inferior a 30 segundos desde que se selecciona el sitio de punción [19].

Estos datos son similares a los hallazgos de otros artículos, que demuestran una tasa de acierto al primer intento en la canalización IO del 95,6%, sobre 2.879 intentos totales [21], del 91% en IO tibial (IC 95%: 83-98%), y del 51% en la IO humeral (IC 95%: 37-65%), frente 43% de la VVP (IC 95%: 31-55%) [25].

Además, independientemente del sitio de punción, se registraron tiempos inferiores en la administración de la primera dosis de adrenalina por vía IO desde la llegada del SEMEx, en comparación con la VVP: Grupo IO (5 minutos; IC 95%: 4,7-5,5 minutos) vs Grupo IV (8,8 minutos; IC 95%: 6,6-10,9%) $p < 0,001$ [21].

De hecho, existen datos donde la canalización tibial se consigue en un tiempo comprendido entre 3,6 y 6,2 minutos, frente a la VVP, que se demora entre 4,1 y 8 minutos ($p < 0,001$) [25].

Sin embargo, también se han obtenido resultados en los que la elección de la vía intravenosa como primer acceso vascular supone de media menos tiempo de canalización desde la llegada del SEMEx que la vía IO, y, por tanto, permite administrar de manera más precoz los fármacos pertinentes (6,1 vs 8 minutos, respectivamente). No obstante, demorar la canalización IO, utilizándola como segunda opción en caso de punción intravenosa fallida, supone un retraso en la administración de la primera dosis de adrenalina de 10,4 minutos ($p < 0,0001$) [26].

Diferencias entre dispositivos intraóseos y lugar de punción

Son pocos los estudios que tratan de comparar las diferencias entre los diferentes dispositivos intraó-

seos en la práctica clínica extrahospitalaria. De hecho, la mayoría de ellos se centran en los dispositivos de inserción por taladro (como EZ-IO®) [19,24,25,27].

En 2010 el HEMS (*Helicopter Medical Emergency Service*), comparó 3 dispositivos (Tabla 3) utilizados en su servicio, donde el 75,7% de la muestra se encontraba en situación de PCR. Puede observarse una clara superioridad de canalizaciones al primer intento en el grupo de pacientes que recibieron una punción mediante el dispositivo EZ-IO®, aunque el estudio no ofrece datos temporales concretos. Además, al contrario que con las agujas manuales y el dispositivo B.I.G®, no se observaron problemas técnicos derivados de su utilización [28].

Por otro lado, independientemente del dispositivo, la canalización IO puede realizarse en diversas localizaciones anatómicas, como el húmero, la tibia proximal y distal, el radio, el húmero y el esternón. No obstante, en situación de PCR, los lugares más comunes de inserción por los servicios de emergencias son el húmero, la tibia proximal, y la tibia distal [19,21,25].

Entre todos ellos, los datos referentes al tiempo de canalización y al éxito al primer intento parecen variar entre estudios.

Por un lado, se ha registrado que, en pacientes en PCR extrahospitalaria, el éxito de canalización al primer intento fue notablemente superior en el grupo sometido a IO tibial (91%; IC 95%: 83-98%), respecto a la IO humeral (51%; IC 95%: 37-65%) ($p < 0,001$). Igualmente ocurre con los tiempos de inserción, donde se observó una media de 4,6 minutos y 7 minutos respectivamente [25].

Por otro lado, también se han publicado resultados menos dispersos entre ambos sitios de punción, donde el éxito al primer intento de canalización fue del 91% en la IO humeral, y del 95% en la IO tibial. No obstante, Wampler D, et al. sugie-

Tabla 3. Resumen de los resultados de Sunde G. et al.

Dispositivo	Número pacientes	Número intentos	Canalización al 1º intento	Canalización al 1º intento (IC 95%)	Canalizaciones totales (IC 95%)
Aguja manual	5	6	2	40% (5-85)	50% (12-88)
B.I.G®	18	22	10	56% (31-79)	55% (32-76)
EZ-IO®	49	50	47	96% (86-100)	96% (86-100)

Fuente: Adaptado de "Emergency intraosseous access in a helicopter emergency medical service: a retrospective study" [28].

ren la utilización de la localización humeral frente a la tibial por su proximidad a la circulación central [27].

En cuanto a las complicaciones, un estudio no revela grandes diferencias entre ambas partes. Aunque los resultados muestran un 12,6% de incidencias respecto al total de punciones en las inserciones tibiales, y un 8,2% en las humerales, estas suelen estar relacionadas a una mala localización anatómica, a los movimientos del paciente durante la reanimación y a la obtención de un escaso flujo por el catéter [21].

Comparación de resultados en la PCR extrahospitalaria. Vía IO vs VVP

En 2017, Feinstein BA, et al. [29] realizaron un estudio retrospectivo comparando la administración de drogas por vía IO e IV en la PCR extrahospitalaria para evaluar los resultados obtenidos referentes a la RCE, a la supervivencia a la llegada al hospital, y a la supervivencia al alta hospitalaria. En un primer análisis, en comparación con la cohorte IV (1525 pacientes), en la cohorte IO (275 pacientes) se obtuvo una menor probabilidad de RCE (55,5% vs 43,6%; $p < 0,001$), supervivencia a la llegada al hospital (50% vs 38,5%; $p < 0,001$), y supervivencia al alta (22,68% vs 14,9% $p = 0,003$). Ajustando los datos a la variabilidad individual de cada caso y al tiempo de canalización de los dispositivos, se llegó a la conclusión de que, a pesar de que los datos estadísticos no son significativos para la supervivencia al alta hospitalaria, la utilización de la vía IO en este contexto está ligada a una menor probabilidad de RCE (OR= 0,67; IC 95%: 0,50-0,88; $p = 0,004$), y supervivencia a la llegada al hospital (OR=0,68; IC 95%: 0,51-0,91; $p = 0,009$).

La asociación negativa de la vía IO y la RCE coincide con la obtenida en otros estudios [26,30]. Mody P, et al. observaron que la utilización de la vía IV como primera opción suponía un mayor porcentaje de RCE (34,5%), en comparación con la vía IO (25,5%), $p < 0,0001$ [26]. Datos similares recogieron Kawano T, et al. con un porcentaje de RCE del 38,3% en el grupo IV frente al 23,9% del grupo IO, $p < 0,1$ [30].

No obstante, también hay evidencia a favor de la vía IO en términos de RCE. Clemency B, et al. observaron que los datos de RCE eran simi-

lares en ambos grupos (IV:19,7% vs IO:19,92%), $p < 0,01$, y que el éxito de canalización al primer intento en cualquiera de las dos opciones incrementa la probabilidad de RCE (OR 1,92; IC 95%: 1,20-3,07) [31].

El estudio de Kawano T, et al. también compara la recuperación neurológica y la supervivencia al alta hospitalaria de ambos grupos en una muestra de 13.155 pacientes (IV:12.495; IO:660). Por un lado, solo el 3,8% de los pacientes que ingresan en el hospital sobreviven al alta si se utilizó la canalización IO durante la PCR, frente al 10,3% de la vía IV. Por otro lado, de los pacientes que sobreviven al alta, solo el 1,5% del grupo IO consigue una puntuación inferior a 3 en la escala de Rankin modificada, frente a la recuperación neurológica del grupo IV, donde el 7,6% de los pacientes alcanzan esta puntuación. En el análisis multivariable regresivo de los datos en función del sexo, edad, ritmo cardiaco inicial, utilización de desfibriladores externos automáticos, tiempo de llegada, etc. se corroboraron estos datos, demostrando una asociación negativa entre la canalización IO y la supervivencia al alta (OR 0,45; IC 95%: 0,29-0,69), y una recuperación neurológica favorable (OR 0,24; IC 95%: 0,13-0,46) [30].

Discusión

La principal aportación de este estudio es la síntesis ordenada y organizada de la evidencia científica disponible sobre una temática enmarcada exclusivamente en el entorno extrahospitalario. Son abundantes los estudios sobre accesos vasculares durante una PCR, pero pocos se enfocan en la comparación de los dos métodos analizados en este trabajo en el marco de la asistencia extrahospitalaria.

Para mantener el rigor científico en el estudio, se han mantenido unos firmes criterios de calidad desde el punto de vista metodológico, utilizando diferentes fuentes de datos, y garantizando un margen temporal de diez años en la búsqueda bibliográfica con el objetivo de revisar y comparar los datos más actuales con otros más antiguos; Además, la elección de revistas del primer y segundo cuartil según su factor de impacto aporta rigurosidad a los datos analizados. Se decidió incluir un artículo recogido en una revista del tercer cuartil por contener datos relevantes para el estudio, ya que

cumplía con los criterios mínimos de calidad recogidos en las plantillas de lectura crítica utilizadas.

No obstante, la resolución de la pregunta de investigación debe tenerse en cuenta dentro de ciertas limitaciones. Un ejemplo de ello es la posible pérdida de información que supone limitar la búsqueda bibliográfica exclusivamente al inglés y español. Además, el volumen de datos sobre esta temática en el ámbito exclusivamente extrahospitalario no es lo suficientemente grande como para extrapolarlo a toda la asistencia en este entorno.

En función de los objetivos propuestos se trata de dar respuesta a la pregunta de investigación:

Comparar los tiempos de canalización de los dispositivos intravenosos e intraóseos.

Los resultados muestran una amplia variabilidad entre estudios en lo referente a los tiempos de canalización. Es cierto que en algún estudio se ha observado cierta superioridad temporal en la utilización de la VVP como primera opción, pero de forma general, los datos analizados ponen de manifiesto que la priorización de la vía IO frente a la VVP, en la PCR extrahospitalaria, implica un menor tiempo en la consecución de un acceso vascular, y por tanto en la administración de los fármacos pertinentes.

No obstante, esta afirmación puede estar sesgada, debido a que la mayoría de los estudios revisados referentes a los tiempos de canalización, se centran en el dispositivo EZ-IO®, dejando de lado otros dispositivos cuyos tiempos podrían variar por cuestiones de diseño.

Además, algunos estudios no diferencian entre las distintas localizaciones anatómicas de punción IO, pudiendo sesgar los datos debido a las diferencias en la complejidad de localización de cada una de ellas.

Comprobar si existen diferencias entre los diferentes dispositivos intraóseos, y lugares de punción en este contexto.

Existe un escaso volumen de información para comparar los diferentes dispositivos IO dentro de la asistencia extrahospitalaria. Además, algunos ni siquiera especifican el dispositivo utilizado en su metodología. No obstante, los datos ponen de manifiesto que, tanto por la facilidad en su manejo, como su efectividad para conseguir una canalización IO al primer intento, el dispositivo EZ-IO®

es el más utilizado en los SEMEx, frente a las agujas de colocación manual, y la *Bone Injection Gun*®.

Por otro lado, partiendo de la superioridad de la vía IO frente a la VVP en términos de tiempo de canalización, es necesario comparar los tiempos entre las diferentes localizaciones anatómicas. Los resultados sugieren que la canalización en la tibia proximal supone de media menos tiempo para localizar la zona y establecer el acceso vascular, en comparación con el resto de puntos de inserción. Además, también se observa una mayor tasa de aciertos al primer intento. Sin embargo, otros estudios indican que en situación de PCR, la punción humeral es más beneficiosa que la tibial por su proximidad con la circulación central.

Este estudio se centra en el paciente adulto, por lo que los resultados podrían variar si se realizaran investigaciones similares en el contexto pediátrico.

Determinar si la canalización de una vía IO como primera opción, en el contexto de una PCR extrahospitalaria, mejora los resultados obtenidos en el paciente, en comparación con la VVP.

A pesar de que los resultados obtenidos parecen indicar cierta superioridad de la vía IO frente a la VVP en el contexto de una PCR extrahospitalaria. Existen discrepancias a la hora de determinar si la utilización de la vía IO mejora la supervivencia del paciente a la llegada al hospital y al alta hospitalaria, si contribuye a la RCE, y a obtener una mejor recuperación neurológica frente a la VVP:

- **Recuperación de la Circulación Espontánea:** La canalización exitosa al primer intento de cualquiera de los dos tipos de acceso vascular incrementan la probabilidad de conseguir una RCE. Sin embargo, a pesar de la similitud entre ambos métodos registrada en un estudio, el resto de los datos parece coincidir en una clara inferioridad de la vía IO en la consecución de la RCE. Además, el análisis posterior ajustando los datos en función de la variabilidad de cada caso, corrobora los resultados obtenidos.
- **Supervivencia a la llegada al hospital y al alta:** En este caso también se demuestra cierta inferioridad de la vía IO frente a la VVP, corroborada en análisis regresivos de los datos. Pero no hay datos estadísticamente sig-

nificativos como para afirmar que la canalización de la vía IO disminuye la supervivencia al alta frente a la vía IV. Pueden existir sesgos relacionados con la asistencia hospitalaria durante el ingreso que no se recogen en las limitaciones de los estudios.

Podría derivarse una línea de investigación que estudiara por qué los pacientes que ingresan con un acceso intraóseo tras una PCR extrahospitalaria tienen una menor supervivencia al alta frente a aquellos con vía intravenosa. De esta forma podría mejorarse la coordinación asistencial entre hospitalización y SEMEx.

- **Recuperación neurológica:** Según los resultados obtenidos, la consecución de una recuperación neurológica favorable es menos probable en el grupo IO que en el grupo IV. De la misma manera que en el caso anterior, habría que estudiar la asistencia hospitalaria realizada sobre estos pacientes para confirmar esta asociación negativa.

Las diferencias muestrales entre ambos grupos, siendo el grupo IV el más numeroso en la mayoría de los casos, puede suponer un sesgo de los datos en detrimento de la vía IO. No obstante, la calidad metodológica de estos artículos y los análisis multivariados regresivos de los datos, parecen mantener un rigor científico en sus afirmaciones.

Por otro lado, podría derivarse otra línea de investigación a raíz del origen mayoritariamente norteamericano de los artículos revisados. En estos países la canalización del acceso vascular pertinente se lleva a cabo por la figura del paramédico. Por tanto, podría compararse la formación que reciben ellos, con la formación del personal de enfermería, y observar cómo influye ésta en los resultados obtenidos.

En definitiva, los hallazgos de este trabajo resaltan la relevancia que tiene el personal de enfermería en la elección del método de acceso vascular pertinente, y contribuyen a orientar la toma de decisiones durante una PCR extrahospitalaria, para ofrecer unos cuidados de calidad basados en la evidencia científica.

Conclusiones

En función de los objetivos secundarios se obtienen las siguientes conclusiones:

1. En general, la utilización de la vía IO durante una PCR extrahospitalaria conlleva menos tiempo en la consecución de un acceso vascular, frente a la VVP.
2. No hay evidencia suficiente para comparar los diferentes dispositivos IO en este contexto, pero los datos sugieren que la canalización IO en la tibia proximal mediante dispositivos de inserción por taladro, es la mejor combinación para obtener un acceso vascular en el menor tiempo posible durante una PCR extrahospitalaria.

En base a este estudio, ¿es posible que la canalización de una vía IO como primera opción en pacientes en PCR extrahospitalaria mejore los resultados del soporte vital avanzado llevado a cabo, en comparación con la VVP?

Independientemente del tipo de dispositivo IO y el lugar de inserción, la priorización de la vía IO frente a la VVP en una PCR extrahospitalaria, no ha demostrado incrementar la supervivencia a la llegada al hospital, favorecer la RCE, ni mejorar el pronóstico neurológico de estos pacientes, en comparación con la VVP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez AP, Burusco S, Senosiáin Larrión MV. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2010;33(1):37-46.
2. Abad Esteban F, Abejón Martín R, Álvarez Tapia N, et al. Manual de Enfermería SUMMA 112: Caminando hacia la excelencia en los cuidados avanzados. *Summa 112*. 2012:1334.
3. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario. 2009:31270-31273. Disponible en: http://www.inia.es/GCONTREC/PUB/Relacion_de_aprobados_1296213231195.PDF.

4. Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. OHSCAR- Out Of Hospital Cardiac Arrest Registry. Disponible en: <https://www.cercp.org/noticias/proyecto-ohscar-new>. 2013.
5. Gräsner J, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. 2016;105:188-95.
6. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2015;95:1-80.
7. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2010;81(10):1219-76.
8. American Heart Association (AHA). Guidelines Update for CPR and Emergency Cardiovascular Care (ECC). 2015:293. doi:10.1016/S0210-5691(06)74511-9.
9. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, et al. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). *Eur Resuscitation Counc*. 2010;(1):167. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.021.
10. Hartholt KA, van Lieshout, Esther MM, Thies WC, Patka P, Schipper IB. Intraosseous devices: a randomized controlled trial comparing three intraosseous devices. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*. 2010;14(1):6-13.
11. Santafé S, Morlán S, Sasal S, et al. Vía intaósea. Revisión sistemática. *Rev Electrónica PortalesMedicos.com*. 2017;12(2). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/via-intraosea-revision-sistemica/>.
12. Santa Basila N, Cepeda JM. Vía intraósea en enfermería de emergencias. *Rev enferm CyL*. 2009;1:48-56. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/22/18>.
13. Martínez IM, Morales SP, Angulo CC, Aracil NG, De La Encina MEC. Accesos intraóseos: revisión y manejo. *An Pediatr Contin*. 2013;11(3):167-173. doi:10.1016/S1696-2818(13)70134-3.
14. Day MW. Intraosseous devices for intravascular access in adult trauma patients. *Crit Care Nurse*. 2011; 31(2):76-90. doi:10.4037/ccn2011615.
15. Phillips L, Brown L, Campbell T, et al. Recommendations for the Use of Intraosseous Vascular Access for Emergent and Nonemergent Situations in Various Health Care Settings: A Consensus Paper. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(1):85-90. doi:10.1016/j.pedn.2010.10.001.
16. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.13-19.
17. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.
18. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.
19. Torres F, Galán MD, Alonso MdM, Suárez R, Camacho C, Almagro V. Intraosseous Access EZ-IO in a Prehospital Emergency Service. *Journal of Emergency Nursing*. 2013;39(5):511-514.
20. Cairney K, Ibrahim M. Options for intravascular access during resuscitation of adults. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*. 2012;20(1):24.
21. Ross EM, Mapp J, Kharod C, Wampler DA, Velasquez C, Miramontes DA. Time to epinephrine in out-of-hospital cardiac arrest: A retrospective analysis of intraosseous versus intravenous access. *American journal of disaster medicine*. 2016;11(2):119-123.
22. Baombe JP, Foëx BA. Towards evidence based emergency medicine: Best BETs from the Manchester Royal Infirmary. BET 2: Intraosseous access and drug administration in adult cardiac arrest. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2011;28(6):534-535.
23. Tallman CI, Darracq M, Young M. Analysis of intraosseous blood samples using an EPOC point of care analyzer during resuscitation. *American Journal of Emergency Medicine*. 2016;2017;35(3):499-501.
24. Lamhaut L, Dagron C, Apriotesei R, Gouvernaire J, Elie C, Marx J, et al. Comparison of intravenous and intraosseous access by pre-hospital medical emergency personnel with and without CBRN protective equipment. *Resuscitation*. 2010;81(1):65-68.

25. Reades R, Studnek JR, Vandeventer S, Garrett J. Intraosseous versus intravenous vascular access during out-of-hospital cardiac arrest: A randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2011;58(6):509-516. doi:10.1016/j.annemergmed.2011.07.020.
26. Mody P, Khera R, Patel N, et al. Intravenous Versus Intraosseous Access for Parenteral Drug Administration in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Journal of the American College of Cardiology.* 2018; 71(18):457.
27. Wampler D, Schwartz D, Shumaker J, Bolleter S, Beckett R, Manifold C. Paramedics successfully perform humeral EZ-IO intraosseous access in adult out-of-hospital cardiac arrest patients. *Am J Emerg Med.* 2012;30(7):1095-1099. doi:10.1016/j.ajem.2011.07.010.
28. Sunde GA, Heradstveit BE, Vikenes BH, Heltne JK. Emergency intraosseous access in a helicopter emergency medical service: a retrospective study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine.* 2010;18(1):1-5.
29. Feinstein BA, Stubbs BA, Rea T, Kudenchuk PJ. Intraosseous compared to intravenous drug resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2017;117:91-96. doi:10.1016/j.resuscitation.2017.06.014.
30. Kawano T, Grunau B, Scheuermeyer FX, Gibo K, Fordyce CB, Lin S, et al. Intraosseous Vascular Access Is Associated With Lower Survival and Neurologic Recovery Among Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Annals of Emergency Medicine.* 2018;71(5):588-96.
31. Clemency B, Tanaka K, May P, et al. Intravenous vs. intraosseous access and return of spontaneous circulation during out of hospital cardiac arrest. *Am J Emerg Med.* 2017;35(2):222-226. doi:10.1016/j.ajem.2016.10.052.
32. García N, Basilia S, Diez C, et al. Vía intraósea en enfermería de emergencias. 2009;1:48-56.

ANEXO 1. Indicaciones y contraindicaciones de la vía intraósea [13,15,32]

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
	
<p>Todas aquellas situaciones de riesgo vital donde no se consigue canalizar una VVP en menos de 60 segundos. (shock, estatus epiléptico, grandes quemados, atrapados, anafilaxia, obesidad, traumatismos graves...)</p>	<p>Absolutas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fractura o traumatismo en el hueso donde se va a puncionar. - Punción IO previa fallida en ese mismo hueso hace menos de 24 horas <p>Relativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección local, celulitis u osteomielitis. - Osteoporosis. - Quemadura profunda con tejido necrótico que puede afectar al hueso. - Tumores óseos.

ANEXO 2. Cuadro comparativo de los dispositivos intraóseos [13,14]

	MÉTODO DE COLOCACIÓN	MECANISMO DE ACCIÓN	FIJACIÓN	TIEMPO DE PUNCIÓN	SITIO DE PUNCIÓN PREFERENTE	PRECIO
COOK	PRESIÓN MANUAL	PRESIÓN Y ROTACIÓN SOBRE LA CORTICAL	SI	20"	TIBIA PROXIMAL Y DISTAL	60 €
FAST		PRESIÓN PERPENDICULAR AL MANUBRIO ESTERNAL	SI MEDIANTE CÚPULA	50"	MANUBRIO ESTERNAL	126 €
BIG	IMPACTO O DISPARO	DISPARO RESORTE	SI	17"	TIBIA Y HÚMERO PROXIMAL	63 €
EZ-IO	TALADRO ELÉCTRICO	ROTACIÓN DE LA AGUJA POR ACCIÓN DEL TALADRO	NO NECESITA	10"	HÚMERO PROXIMAL, Y TIBIA PROXIMAL Y DISTAL	MOTOR (418 €) AGUJAS (140 €)

ANEXO 3. Ecuaciones de búsqueda y proceso de selección

PUBMED 1				
(("Out-of-Hospital Cardiac Arrest"[Mesh]) AND "Infusions, Intraosseous"[Mesh]) AND "Infusions, Intravenous"[Mesh]				
TOTAL	FILTROS BIBLIOGRÁFICOS	POTENCIALMENTE VÁLIDOS	CRITERIOS inclusión/exclusión	ANÁLISIS DE CALIDAD
6	4	4	4	4
PUBMED 2				
("Out-of-Hospital Cardiac Arrest"[Mesh]) AND Intraosseous AND Intravenous				
TOTAL	FILTROS BIBLIOGRÁFICOS	POTENCIALMENTE VÁLIDOS	CRITERIOS inclusión/exclusión	ANÁLISIS DE CALIDAD
10	8	5 (4 duplicados)	1	1
PUBMED 3				
Intraosseous AND Intravenous AND "cardiac arrest"				
TOTAL	FILTROS BIBLIOGRÁFICOS	POTENCIALMENTE VÁLIDOS	CRITERIOS inclusión/exclusión	ANÁLISIS DE CALIDAD
69	25	10 (5 duplicados)	5	4
CINAHL 1				
(MH "Heart Arrest") AND (MH "Infusions, Intraosseous") AND (MH "Infusions, Intravenous")				
TOTAL	FILTROS BIBLIOGRÁFICOS	POTENCIALMENTE VÁLIDOS	CRITERIOS inclusión/exclusión	ANÁLISIS DE CALIDAD
11	1	1	1	1
CINAHL 2				
("out-of-hospital cardiac arrest" OR "pre-hospital cardiac arrest") AND intravenous AND intraosseous				
TOTAL	FILTROS BIBLIOGRÁFICOS	POTENCIALMENTE VÁLIDOS	CRITERIOS inclusión/exclusión	ANÁLISIS DE CALIDAD
11	4	4 (4 duplicados)	—	—
WEB OF SCIENCE				
("out-of-hospital cardiac arrest" AND intravenous AND intraosseous)				
TOTAL	FILTROS BIBLIOGRÁFICOS	POTENCIALMENTE VÁLIDOS	CRITERIOS inclusión/exclusión	ANÁLISIS DE CALIDAD
11	9	8 (6 duplicados)	2	2
SCOPUS				
"out-of-hospital cardiac arrest" AND intravenous AND intraosseous				
TOTAL	FILTROS BIBLIOGRÁFICOS	POTENCIALMENTE VÁLIDOS	CRITERIOS inclusión/exclusión	ANÁLISIS DE CALIDAD
16	16	6 (6 duplicados)	—	—

Vivencias de la paternidad a través del rol de acompañante en el trabajo de parto en la Comunidad de Madrid: una comparación generacional

Rocío González¹, Laura Barés Leal¹, Lucía Caffarena Morán¹, Elena Castro López¹, Raquel Martínez Bergada¹, Alejandro Pérez San Emeterio¹

¹ Graduado en Enfermería
Residente de matrona. Hospital Universitario La Paz

Sexto premio. II Premios de Investigación CODEM 2018

Cómo citar este artículo: González Jimenez, R., Barés Leal, L., Caffarena Morán, L., Castro López, E., Martínez Bergada, R., Pérez San Emeterio, A. Vivencias de la paternidad a través del rol de acompañante en el trabajo de parto en la Comunidad de Madrid: una comparación generacional. *Conocimiento Enfermero* 3 (2019): 43-52.

RESUMEN

Introducción. El acompañamiento continuo paterno durante el parto ha demostrado ser un apoyo fundamental para la mujer y un aspecto clave para la posterior relación padre-hijo. En esta línea, cabe estudiar cómo ha ido evolucionando la manera de entender el acompañamiento a través de las distintas generaciones de padres.

Objetivo. Comparar la vivencia como acompañante en el proceso de parto y explorar los factores influyentes en los padres en dos generaciones en Hospitales de la Comunidad de Madrid.

Materiales y método. Se utilizó una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico mediante la realización de entrevistas semi-estructuradas a dos grupos de padres (padres que acompañaron a sus parejas hace más de 25 años y padres que acompañaron hace menos de 3 años). Se realizaron un total de 19 entrevistas utilizando la saturación teórica como criterio para finalizar la recogida de información. Se llevó a cabo un análisis de contenido de la información obtenida, cuyos resultados fueron sometidos a un proceso de triangulación de investigadores para su interpretación.

Resultados. Los resultados mostraron vivencias diferentes entre ambos grupos, determinados por factores clave, que se agruparon en categorías: preparación del rol de acompañante, desarrollo del rol, profesionales sanitarios/atención y relación padre-hijo. Entre estos factores destacaron la participación en talleres de Educación Maternal, planificación de actividades realizadas durante el trabajo de parto y la forma de obtención de la información. Asimismo, se identificaron creencias de los padres acompañantes en cuanto a los profesionales sanitarios y el inicio de las relaciones paterno filiales que influían en su participación como acompañantes.

Conclusiones. Las creencias que poseen los padres respecto al rol del acompañante, y los factores sociales influyentes, determinan su involucración en el proceso de parto. El cambio significativo de éstos ha propiciado nuevos roles de acompañamiento que deben seguir siendo explorados para mejorar la experiencia de parto.

Palabras clave: paternidad; trabajo de parto; relaciones padres-hijo.

Experiences of paternity through the role of companion in labor in the Community of Madrid: a generational comparison

ABSTRACT

Object. Comparing the experience as accompanying during labour and exploring influences in two generations of parents in hospitals of Madrid Autonomous region.

Materials and method. Qualitative methodology based on a semi-structured interview to two groups of fathers (birth companions more than 25 and less than 3 years ago). Once the theoretical object was saturated by collecting information, content analysis was generated. Its results were integrated by process of triangulation in order to be interpreted by other researchers.

Results. They showed different experiences between both groups depending on key factors as: participation on Ante/Post Natal workshops, information resources and developing of accompanying's rol and its evaluation. Furthermore,

strong beliefs about about health professionals and the beginning of parent-child relationship were identified during this research.

Conclusions. The research evidences the significance of psico-social factors analysed regarding the accompanying's rol. These factors determine father and mothers perception of birth so they finally establish father's involvement during labour.

Keywords: paternity; labor; obstetric; parent-child relations.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/56>

Introducción

El concepto de padre ha ido cambiando a través de las diferentes épocas históricas concibiéndose en sus inicios como protector y suministrador de alimentos para la familia y sin apenas carga en el cuidado de los niños. Durante la mayor parte de la historia y en diferentes culturas los padres no se encontraban presentes en el momento del parto ya que se consideraba que las mujeres debían estar acompañadas por otras mujeres, esperando éstos fuera del espacio donde se producía el parto y siendo avisados al final [1].

En los años 70, cuando la mujer se incorpora al mundo laboral, se produce la *revolución masculina* por la que el marido comienza a asumir ciertas tareas en los cuidados aunque la mayoría de las veces continúa siendo menor que la mujer. A partir de entonces el padre ha ido paulatinamente involucrándose en aspectos tradicionalmente asignados a las mujeres y adquiriendo mayor presencia en los cuidados de sus hijos [2]. No obstante, la forma de asumir actualmente el rol de padre depende en gran medida de la cultura, el entorno social y la estructura del carácter [3].

Debido a estos cambios sociales y la necesidad de regular esta situación, en España se publica en 2010 la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* [4], en la que se reconoce el derecho de la embarazada a estar acompañada en el parto siempre que así lo desee. Otras normativas como la Ley Orgánica 3/2007 del 22 de Marzo [5] (que amplía en 2017 el permiso de paternidad) establece un conjunto de medidas para favorecer la conciliación familiar y laboral.

Existen diversos estudios que buscan identificar los beneficios de la involucración del padre en el proceso de parto. Entre sus resultados destacan la mejora del vínculo con el bebé en la crianza, la disminución de la ansiedad en la mujer e incluso una disminución en la probabilidad de que el par-

to se distocie [2,6]. La mayoría de las publicaciones concluyen que el acompañamiento continuo paterno durante el parto demuestra ser un apoyo emocional fundamental para la mujer, mejorando su autoestima, control del dolor y satisfacción respecto a la vivencia del parto [7-8]. En el caso de las cesáreas, varios estudios apuntan a una participación más activa en la crianza del hijo ya que a menudo el padre pasa las primeras horas de vida junto al bebé en ausencia de la madre [9]. De hecho, varios sociólogos han descrito cómo el compromiso del padre con la gestación y el parto refuerza su propia identidad como figura activa y participativa, reduciendo los sentimientos de exclusión [10]. Greenberd y Morris [11] realizaron su investigación respecto a los sentimientos del padre en el parto describiendo el *engrossement*, potencial innato que tiene el padre y que se activa en el nacimiento del hijo, caracterizado por la preocupación por el estado del hijo durante el parto y la manifestación de emoción intensa en el nacimiento y al adquirir la conciencia del rol de padre.

En cuanto a los aspectos psicológicos que acontecen en el padre cabe destacar el descrito síndrome de *Couvade*, en el que se producen manifestaciones psicósomáticas durante el embarazo y puerperio de su pareja. En él aparecen síntomas gastrointestinales, conductuales y dolores de diversa índole entre cuyas causas se encuentran preocupaciones económicas, asunción del rol de protector, percepción de cambios en la relación de pareja o temor de incapacidad de asumir el rol de padre [12-13].

Las matronas juegan un papel fundamental en la integración del padre en las actividades relacionadas con la preparación al parto, el parto en sí y en el puerperio, promoviendo las relaciones de apego paterno filiales iniciales facilitando la vinculación afectiva y la posterior crianza con consecuencias para la futura salud familiar [14-15].

El presente artículo tiene como objetivo comparar la vivencia como acompañante en el proceso

Tabla 1. Perfil de los entrevistados.

Nº entrevista	Edad	Nº de hijos	Nivel de estudios	Situación laboral	Estado civil	Año de Parto	Tipo de parto
Ent.1	55	2	Estudios universitarios	Funcionario	Casado	1990	Cesárea
Ent.2	58	1	Estudios universitarios	Empresario	Casado	1988	Eutócico
Ent.3	49	2	Formación profesional	Constructor	Casado	1989	Eutócico
Ent.4	54	3	Universitario	Ingeniero	Casado	1990	Fórceps
Ent.5	57	2	Formación profesional	Trabajador en fábrica	Casado	1990	Eutócico
Ent.6	57	2	Estudios universitarios	Autónomo	Casado	1988	Eutócico
Ent.7	65	2	Estudios secundarios	Trabajador en banco	Casado	1988	Eutócico
Ent.8	46	2	Formación profesional	Técnico de Instalación de gas natural	Casado	1990	Eutócico
Ent.9	44	2	Estudios universitarios	Autónomo	Casado	1990	Cesárea
Ent.10	69	2	Doctorado	Docente universitario	Soltero	1982	Eutócico
Ent.11	58	2	Estudios universitarios	Inspector sanidad	Casado	1990	Cesárea
Ent.12	55	2	Estudios universitarios	Trabajador transporte	Casado	1990	Eutócico
Ent.13	37	1	Estudios universitarios	Post-Doctorando	Casado	2015	Eutócico
Ent.14	47	1	Estudios universitarios	Abogado	Casado	2014	Cesárea
Ent.15	33	2	Estudios Universitarios	Funcionario	Soltero	2016	Eutócico
Ent.16	31	2	Estudios Universitarios	Fisioterapeuta	Pareja de hecho	2015	Fórceps
Ent.17	38	1	Formación profesional	Desempleado	Pareja de hecho	2015	Eutócico
Ent.18	39	3	Doctorado	Investigador	Soltero	2017	Eutócico
Ent.19	31	1	Formación profesional	Mecánico	Soltero	2015	Eutócico

de parto y explorar los factores influyentes de los padres en dos generaciones en Hospitales de la Comunidad de Madrid.

Material y método

Se ha utilizado una metodología cualitativa a través de un enfoque fenomenológico utilizando la observación y entrevistas semiestructuradas en profundidad.

Las unidades de observación fueron padres que hubieran acompañado a su pareja durante el proceso de parto hacía más de 25 años y en los últimos 3 años en hospitales de la Comunidad de Madrid. Participaron 12 padres acompañantes hace más de 25 años y 7 padres acompañantes hace menos de 3 años (Ver Tabla 1), que eran homogéneos en cuanto a condición de padres, papel de acompañantes en el proceso de parto, localización donde se produjo el parto y cultura. Por otro lado, fueron heterogéneos en cuanto al tipo de parto (eutócico,

Tabla 2. Guión de la entrevista semiestructurada.

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo te sentiste durante el periodo de dilatación y el parto de tu pareja? ¿Por qué? • ¿De qué manera participaste durante la dilatación y parto? ¿Qué actividades realizaste? • ¿Crees que tu participación fue significativa para la experiencia vivida por tu pareja durante el parto? ¿Por qué?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Asististe a clases de Educación Maternal? • ¿Había información relacionada con la paternidad? ¿Cuál? • ¿Consideras que el programa te involucraba lo suficiente? • ¿Te ayudó a sentirte más capacitado para afrontar la experiencia? • ¿Hubo alguna otra fuente de información que te sirviera de ayuda? ¿Cuál? ¿Qué información obtuviste de ellos?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo valorarías la atención del personal sanitario recibida durante el proceso de la dilatación? ¿Por qué? • ¿Hubo algún momento destacable durante el proceso? • ¿Te sentiste integrado por los profesionales? ¿Por qué?
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo describirías el primer contacto con tu hijo? • ¿Crees que esos primeros momentos de contacto influyeron en la relación que tienes con tu hijo? ¿Por qué?

instrumental o cesárea), al hospital donde se produjo el parto y el año, condición socio-económica, nivel de estudios, situación laboral, estado civil y número de hijos.

Se realizó un muestreo intencional, ya que para la realización de las entrevistas era requisito haber sido padre y acompañante durante el trabajo de parto de la pareja en hospitales de la Comunidad de Madrid. Las unidades de muestreo (personas) fueron elegidas siguiendo criterios pragmáticos de los investigadores y los objetivos de la investigación. Para la captación se recurrió a la ayuda de las matronas del Hospital Universitario la Paz de Madrid y los residentes de 1º y 2º año de la Unidad Docente de Matronas de Madrid. Se intentó convocar el mismo número de padres de diferentes generaciones para tener una muestra representativa de ambas y poder comparar las vivencias.

Para la recolección de información se utilizó la entrevista semiestructurada. Se elaboró el guión de entrevista en base a la bibliografía y a una observación previa del contexto de estudio (Ver Tabla 2) triangulándose los contenidos con la opinión de expertos en el ámbito: docentes y profesionales sanitarios. Los elementos que contemplaba el guión de entrevistas fueron los siguientes: a) desarrollo del rol de acompañante; b) preparación del rol; c) aspectos relacionados con los profesionales sanitarios y la atención; d) relación padre-hijo.

La recogida de información se llevó a cabo durante el mes de febrero de 2017. El criterio que se siguió para finalizar la recogida de información fue el de la saturación teórica de Glasser y Strauss [16]

(que implica que no se aporta nueva información por parte de las personas participantes). Para asegurar la disponibilidad de los padres se llamó por teléfono y se concretó día, hora y lugar para la realización de las mismas. El lugar fue preferiblemente en el domicilio de los entrevistados asegurando un clima de confianza.

Previo al inicio de la entrevista, se les hacía leer y firmar a los participantes el consentimiento informado y rellenar una ficha de recogida de datos socio-demográficos. La información vertida por los/ las entrevistados fue recogida mediante una grabadora de voz previo permiso. En todo momento se les aseguró la confidencialidad de la información obtenida y el uso de la misma únicamente para fines divulgativos científicos. Asimismo, se intentó adaptar el lenguaje utilizado en las entrevistas a la condición socio-cultural de la persona entrevistada.

Una vez transcrita la información recogida en las entrevistas, se realizó un análisis de contenido, clasificando y codificando los diversos elementos del mensaje, con el fin de hacer aparecer el sentido de la mejor manera, en diferentes categorías previamente diseñadas (Ver Tabla 3). Todo este proceso se llevó a cabo mediante la triangulación de investigadores hasta llegar a un consenso en las categorías.

Resultados

De la interpretación global de la información recogida en las 19 entrevistas se pudieron establecer las

Tabla 3. Categorías resultantes del análisis.

Preparación del rol de acompañante	<ul style="list-style-type: none"> • Información relativa a la figura del padre en las clases de Educación Maternal • Utilidad y valoración padre en las clases de Educación Maternal • Otras fuentes de información del rol paterno
Desarrollo del rol de acompañante	<ul style="list-style-type: none"> • Participación del padre durante el proceso del parto • Sentimientos y emociones del padre durante el proceso del parto • Valoración de la utilidad del rol de acompañante durante el proceso del parto
Profesionales sanitarios y atención	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la atención sanitaria • Momentos destacados por el padre durante el parto • Sentimientos de integración por parte del equipo sanitario
Relación padre-hijo	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos y primeras emociones con el recién nacido • Influencia de la presencia del padre durante el parto para el vínculo paterno-filial

categorías resultantes de análisis, que se exponen a continuación.

Preparación del rol de acompañante

De los padres entrevistados cuyo parto fue hace más de 25 años tan sólo dos asistieron a la preparación al parto, los cuales expresaron no sentirse integrados en el programa de educación maternal:

“¿Si me involucraba a mi suficiente? mmm...hombre me podría haber involucrado más [...] en aquella época estaba más enfocado en ella que en el padre”. Ent 6

“No, tampoco me acuerdo muy bien porque fue hace mucho tiempo... pero en las que fui yo no vi que hubiera ninguna cosa referente al marido directamente. Yo estaba allí y en los ejercicios la ayudaba a ponerse de una manera o de otra, pero tu en realidad no haces nada.” Ent 12

No asistieron a la preparación el resto de los padres entrevistados:

“No, yo no asistí, pero a los maridos que yo recuerde no nos decían que asistiéramos, solo asistían las mujeres” Ent 2

A pesar de que la mayoría de los padres no asistieron a los talleres la mayor parte de ellos creían que sería de utilidad que los padres acudan:

“Pero creo que si hubiera ido me hubiera servido para estar más seguro y haber sabido un poco mejor como actuar en cada caso” Ent 11

“Creo que sí se deben incluir en los cursos de preparación porque lo de ser padre es un tema que exige mucha seriedad y responsabilidad y también pienso que hasta que no se llega a esa situación hay mucha falta de preparación.” Ent 3

Gran parte de estos entrevistados refirieron que su primera y fundamental fuente de información respecto al parto fueron familiares y conocidos:

“Yo de lo que le contaban a mi mujer, de la experiencia de otros familiares y amigos y poco más la verdad” Ent 2

“Las abuelas quizás te ayudaban o te contaban cosas pero íbamos aprendiendo sobre la marcha” Ent 4

Por otro lado, en las entrevistas realizadas a los padres acompañantes en los tres últimos años, todos ellos acudieron al Programa de Educación Maternal. Tres de los asistentes expresaron haber obtenido cierta información referida a ellos:

“Especialmente en el expulsivo como en los dos días posteriores al hospital. La gestión de visitas, el apoyo a eventuales depresiones maternas y tal” Ent 15

“Si nos comentaron como podíamos ayudar a la mujer en el momento de empujar, explicándonos que la podíamos ayudar a sujetar la cabeza o lo que nos mandara la matrona en ese momento, pero nada más” Ent 16

La otra mitad de participantes no obtuvieron información:

“No, de hecho estuve hablando con otro chico que iba, para nosotros no hubo mucha información [...] Me sentí un poco fuera de lugar, e información hacia nosotros nada.” Ent 17

“No recuerdo que hubiese una parte de paternidad” Ent 18

Todos ellos resaltaron haber buscado información a través de internet y otros medios de comunicación. Igualmente refirieron haber obtenido cierta información de sus familiares y amigos:

“Internet [...] pues vi dos o tres documentales. Sobre el embarazo, el de los gemelos trillizos y cuatrillizos y los del parto y esas cosas.” Ent 19

Desarrollo del rol del acompañante

Respecto a los acompañantes hace más de 25 años, a cinco de ellos no les permitieron acompañar a su mujer durante el trabajo de parto por reglamento del hospital mientras que el resto afirmó haber participado en algún momento del proceso:

“Pues estando con ella a su lado y tranquilizándola. Nada especial [...] en cuanto tenía algún tipo de contracción, pues sujetándole la mano y estando al lado de ella.” Ent 7

“Hombre sobretodo dándole apoyo a ella, y...eso, dándole apoyo y cariño [...] simplemente, le daba la mano o acariciaba su cabeza, estaba a su lado” Ent 6

En cuanto a las funciones específicas que realizaron los que sí participaron la refirieron como escasa o nula:

“Era un cero a la izquierda por decir una cosa porque yo a quien veía padecer o sufrir durante la dilatación era ella. Y yo creo que le consolaba más la enfermera o la matrona que la asistía que lo que yo le podía decir (...) solamente de espectador” Ent 5

Nueve de los entrevistados valoraron el acompañamiento como especialmente positivo para su pareja:

“Sí, yo creo que es mejor, es mejor acompañar evidentemente teniendo en cuenta pues que claro esa pareja ha estado... compartiendo el proceso ¿no?

[...] si el padre está en el hospital es porque precisamente quiere acompañar a su pareja” Ent 10

“Para mí sí y supongo que para mi mujer también. Siempre es importante sentirse acompañado por tu gente en momentos tan importantes como este” Ent 2

Tres de los entrevistados valoraron el rol del acompañante como poco relevante:

“La verdad que no, porque ella estaba bastante tranquila, así que no... supongo que ella prefería que yo la acompañara antes que otra persona... pero no creo que mi papel en ese momento fuese importante” Ent 8

“No te sabría decir porque no recuerdo haberlo hablado después del parto, pero me imagino que en ese momento no pintaba nada ahí” Ent 4

En cuanto al grupo de padres acompañantes en los tres últimos años, todos ellos afirmaron haber estado durante todo el proceso de parto y todos excepto uno expresaron que de alguna manera participaban en el acompañamiento:

“Hicimos un plan de parto [...] llegado el momento en el que mi mujer empezó a tener más contracciones seguidas y se acercaba el momento preparé la casa, la luz, las listas de música que habíamos preparado [...] Decidimos que queríamos dilatar en casa lo máximo posible siempre que mi mujer estuviera cómoda y quisiera seguir: la ayudé a darse baños de agua caliente, la hice masajes en la espalda y reflexología en los pies.” Ent 16

“Eh...el hacer cualquier tipo de gestión logística, desde ir a por cosas que la parturienta no puede y demás como todo lo que es hacer pues masajes...sobre todo cuando empiezan las contracciones más fuertes pues...desde calentar espalda, acompañar en las dilataciones, música, distraer...” Ent 15

No obstante, a pesar de haber intervenido de diferentes maneras, todos ellos valoraron el acompañamiento del padre como poco relevante:

“Significativa yo pienso que no, yo creo que no la ayudé mucho, sobretodo porque no se dejaba ayudar.” Ent 17

“Pues hombre es que mi papel fue bastante pasivo [risas] o sea, tampoco es por hacerme de menos,

yo estaba ahí acompañando pero creo que perfectamente podía haber sido igual.” Ent 13
 “Estaba más de soporte que de otra cosa.” Ent 18

Profesionales sanitarios y atención

La valoración de la atención sanitaria que realizaron los padres acompañantes hace más de 25 años, hubieran o no participado en el proceso de parto, fue positiva manifestando satisfacción con el servicio:

“Buena, me imagino que fuera buena, había atención constante por allí...” Ent 8
 “Recuerdo a la enfermera, el trato cariñoso y sobretodo muy... tranquilizándonos mucho durante el proceso” Ent 9
 “Muy bien todos. La verdad es que guardo buenos recuerdos de todos” Ent 5

En cuanto a si se sentían o no integrados por el equipo sanitario los que pudieron acompañar en cierto modo a sus parejas, tan solo uno expresó sentirse integrado:

“Recuerdo que la ginecóloga estaba pendiente de mí, de cómo me encontraba... me tenía en cuenta e intentaba que participara de alguna manera en el parto” Ent 2

El resto de los entrevistados expresaron no sentirse integrados dentro del proceso aunque siguieron valorando la atención sanitaria de forma positiva:

“Integrado no me sentí, la verdad. Sin embargo, apoyado e informado sí, en todo momento.” Ent 1
 “La atención la llevaba la madre, el acompañante ninguna” Ent 8
 “En algún momento se dirigieron a mí. Lo tengo borroso porque ya han pasado años, pero sí, en algún momento me hablaron a mí durante el proceso.” Ent 4

En el grupo de padres acompañantes en los últimos tres años todos afirmaron sentirse satisfechos y contentos con el trato al igual que el grupo anterior:

“La verdad es que desde el primer momento que entramos a dilatación pues se veía que todo el mundo estaba muy pendiente pero que también, a la vez te dejaban el momento de estar en intimidad” Ent 18

“el trabajo de las matronas fue excelente, el acompañamiento fue siempre muy bueno, muy cariñoso y todo muy transparente, nos iban informando en todo momento de lo que había.” Ent 15

A diferencia del grupo anterior, todos los participantes expresaron sentirse integrados en el proceso:

“Me dijeron corre ven que ya se ve la nuca y ven a verlo, que es muy bonito y...sí que en algún otro momento, o sea que me tuteaban y...sí me sentí bastante integrado. Sí, la sensación fue muy buena” Ent 17

“En la medida en la que yo podía ayudar, y en el expulsivo de tenerme allí como uno más, ofrecerme asomarme, o sea sí, sí, completamente” Ent 18

“Estuvieron atentos conmigo a ver si también necesitaba algo” Ent 15

Relación padre-hijo

En cuanto a las emociones experimentadas en el primer momento con sus hijos, los padres acompañantes hace más de 25 años expresaron dificultad para describir mayoritariamente sentimientos de felicidad y responsabilidad:

“Te sientes con una enorme responsabilidad ante un ser de apariencia tan frágil. Y esa responsabilidad va acompañada de una enorme emoción y felicidad. Te sientes muy importante y orgulloso cuando lo tomas en brazos por primera vez. No sé, es una sensación indescriptible, no se puede explicar con palabras.” Ent 1

“Pues muy emocionante, sin palabras...mucha alegría y a la vez sientes una tremenda responsabilidad [...] Una mezcla de sentimientos.” Ent 2

Por otro lado, existió diversidad de opiniones en cuanto a si el pasar los primeros momentos con su hijo creían que fuera o no relevante. Seis entrevistados contestaron que era un lazo que se iba for-

mando con el tiempo y el primer contacto era indiferente:

“Todos los momentos que compartimos con nuestros hijos influyen en la relación padre-hijo, y pienso que todos son igual de importantes [...] y no ese por ser el primero” Ent 1

“No para nada, pienso que ese momento es sólo una parte más del proceso llamémosle así, de lo que va a ser la relación con tu hijo. Eso es algo que se va forjando a diario” Ent 2

Los otros seis entrevistados del mismo grupo defendieron que ese momento era único y formaba parte del eje de la posterior relación:

“Por supuesto, porque se crea el contacto padre hijo y eso es impresionante” Ent 6

“Es el principio y es el todo de la relación padre-hijo el lazo se adquiere allí en ese momento” Ent 7

En el grupo de padres acompañantes en los tres últimos años, todos ellos describieron el primer contacto a través de sentimientos felicidad y emoción, si bien el sentimiento de responsabilidad no apareció en los discursos:

“Ah pues genial, muy bonito, muy emocionante, estábamos ahí llorando y... mucha alegría, sí alegría.” Ent 13

“Impresionante [...] en el momento en el que me la pasaron la primera vez no tengo descripción. Me puse a llorar y soy una persona que normalmente no lloro, así que no te digo más.” Ent 17

En cuanto a la importancia del primer contacto nada más nacer, todos los entrevistados en este grupo negaron su relevancia argumentando como en el anterior la mayor importancia del día a día y la crianza:

“Porque la relación con mi hijo es después, en el día a día, ese momento es único pero no creo que influya.” Ent 19

“Y al cabo de unos días, y unas semanas, pues se convierte en la persona que más quieres del mundo pero...pero yo mentiría si dijese que el día que salió a pesar de que me produjo la mayor satisfacción del mundo, eh...no fue ese vínculo directo sabes de...yo soy tu padre tu eres mi hijo y tal” Ent 15

Discusión

La investigación realizada pone en relieve parte de los aspectos que subyacen en el sentir paterno conformando así factores clave para los profesionales sanitarios, uno de los medios de contacto más directos con los padres. El conocimiento de estos factores es indispensable para la habilitación de los padres en la crianza desde el inicio del proceso reproductivo y poder con ello establecer nuevos protocolos de actuación en la atención al parto [17].

Los programas de educación maternal (EM) constituyen una acción fundamental de sensibilización, aprendizaje y entrenamiento de las actitudes y prácticas de los padres en el embarazo, parto y crianza de sus hijos [18]. La participación y valoración de los mismos, así como sus contenidos, han ido variando en nuestro país a través de diferentes generaciones. En el estudio de Linares et al [19] el 45% de una muestra de 46 padres recibieron la mayor parte de la preparación para realizar el rol de acompañante a través de las clases de EM. En nuestra muestra, pocos padres cuya paternidad se inició hace más de 25 años asistieron a las clases de Educación maternal recibiendo información fundamentalmente de familiares y amigos, mientras que en el grupo más joven aún asistiendo en su totalidad a las clases de EM comentaron haber obtenido la información más relevante a través de internet poniendo en relieve la importancia de las nuevas tecnologías en nuestras vidas y por ende en la formación como padres. Asimismo, en la investigación de Ibañez [20] y Maroto Navarro [17] una mayoría significativa de la muestra expresaron que era necesaria una preparación específica y que no se veían representados en la EM. La mayoría de nuestros entrevistados de ambos grupos manifestaron del mismo modo la utilidad de estos programas resaltando entre los padres más jóvenes la puntual o nula información que recibieron. Este hecho, deja entrever la escasa orientación que actualmente tienen estos programas en nuestro país hacia la paternidad y que constituye un punto de inflexión en el desarrollo del rol de acompañante.

Ibañez [20] llevó a cabo una investigación sobre las funciones que desempeñaba el acompañante en el hospital de Cabueñes (Gijón). De los 115 participantes el 36% realizaba labor de acompañar,

12% tranquilizaba a la pareja y el 9,4% ayudaba de forma activa. No obstante, en estudios más recientes como el de Morlan [7] se obtuvieron resultados que indicaban una mayoría de un rol más participativo y activo. En nuestra muestra de más de 25 años, los que pudieron asistir explicaron realizar funciones de apoyo y tranquilizar a la gestante. Sin embargo, los padres más recientes destacaron participar de un modo más activo de acuerdo a la mayor participación que se promueve desde las instituciones y normativas en los últimos años. En lo referente a la valoración del rol, de los 295 participantes del estudio actual de Molinery y González [21] el 93% se sintieron satisfechos y comentaron el valor del acompañamiento [22]. Este hecho, dentro de la lógica de evolución del rol en los últimos años, resultó contradictorio en nuestra muestra ya que si bien esto coincide con la mayoría de los resultados del grupo de acompañantes hace más de 25 años, a pesar de que muchos de ellos no pudieron estar presentes, los padres más jóvenes lo describieron como poco relevante incluso habiendo realizado un rol participativo durante el proceso de parto.

En cuanto a la valoración de la atención sanitaria, en el estudio realizado por el Hospital Universitario Central de Asturias [23] de 70 encuestas a padres el 94,3% describió sentirse muy satisfecho o satisfecho al igual que el llevado a cabo por Morlans [7] en el Hospital Infanta Leonor de Madrid donde se obtuvieron valoraciones positivas en su gran mayoría. Estos datos concuerdan con los obtenidos en los dos grupos de nuestra muestra, sintiéndose en su totalidad satisfechos con el trato poniendo en valor el tiempo que los profesionales les dedicaban, la relación de cercanía de los profesionales y la transparencia en la información que les

daban. Por otro lado, en el artículo de Maroto Navarro et al [17] realizado en Granada, encontraron que los padres se sentían invisibles en los servicios obstétricos opinando que sus protocolos coartaban su participación. Así, si bien nuestra muestra de acompañantes de hace más de 25 años tuvieron discursos similares se pudo observar un cambio significativo en la muestra de padres más recientes los cuales expresaron sentirse integrados por los profesionales sanitarios y partícipes del proceso.

Por último, estudios recientes evidencian como la presencia del padre en el parto influye significativamente en el vínculo de apego posterior con los hijos [21]. En el estudio realizado por Linares et al [19] de la muestra de padres entrevistados el 43% sostenía que este momento no guardaba relación con el vínculo paterno-filial que se formaría más adelante mientras que el 57% afirmaron que la asistencia al nacimiento repercutiría en la relación futura con su hijo. Los resultados de nuestra muestra revelan del mismo modo disparidad de opiniones entre los acompañantes hace más de 25 años mientras que los padres más recientes coincidieron en afirmar que este hecho no influía, en contraposición con la evidencia científica.

En conclusión, los resultados presentados exploran la vivencia de la paternidad en el ejercer del rol de acompañante y su sentir que constituyen factores claves que determinan el desarrollo del rol durante este periodo y la calidad de los lazos paterno-filiales tempranos. Por ello, se insiste en la necesidad de continuar con esta línea de investigación e incorporar esta evidencia cualitativa en la planificación y elaboración de los programas de Educación Maternal así como en el proceder de las matronas y la involucración del padre en el proceso de parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nieri L. Paternidad y Maternidad: aproximaciones psicológicas y socioculturales. *Poiésis*. 2012;12(23).
2. Ramírez-Pélaez H, Rodríguez-Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en la relación del vínculo paternofilial. *Revisión bibliográfica. Matronas Prof.* 2004;15(4):e1-e6.
3. Alberdi I, Escario P. Los hombres jóvenes y la paternidad. *Estud Demogr Urb.* 2007;24(70):267-272.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. *Guías de Práctica Clínica en el SNS. Vitoria-Gasteiz: Usko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco;* 2010.
5. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo para la Igualdad Efectiva de mujeres y hombres. (Boletín Oficial del Estado, número 71, de 23 de Marzo 2007).

6. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley Sons, Ltd.).
7. Lanau M. El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2011;3(3):176-206.
8. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof.* 2006;7(1):27-33.
9. Casteleiro-Vallina A, Diez-Paz E, Barroso-Lazuén B, Alejo-Holgado A. Vivencias experimentadas por los hombres durante la cesárea urgente de su pareja. *Nuberos científica*. 2015;2(14):50-55.
10. Yarnoz S. ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Anal Psicolog.* 2006;22(2):175-185.
11. Neire PL. Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 2012;15(3).
12. Maldonado-Durán M, Lecannelier F. El padre en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008;22(2):145-154.
13. Gil-Casado B. Manifestaciones emocionales del padre en el nacimiento de su hijo. *Matronas Prof.* 2000;1(2):37-42.
14. Alcolea MT, Fernández M, Oter C, Martín-García A, Martín-Robledo E, Mansilla JM. El papel de la enfermera como “apegadora” o “facilitadora” del desarrollo del apego. En: XVIII Encuentro Internacional en Cuidados: Congreso Investén; 2014 Nov 11-14; Vitoria-Gasteiz, España; Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2014.p. 239-240.
15. Cantero A, Fiuri L, Furfaro K, Jankovic MP, Llompart V, San-Martín E. Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2010;29(3):108-12.
16. Taylor S, Bogdan R. Ir hacia la gente. Introducción a los métodos cualitativos de investigación, la búsqueda de los significados. Barcelona: Paidós; 1987.
17. Maroto-Navarro G, Castaño-López E, Calvente GM, Hidalgo-Ruzzante N, Mateo-Rodríguez I. Paternidad y servicios de salud: estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Rev Esp Salud Públ.* 2009;83(2):267-278.
18. Martín-Quintana JC, Máiquez-Chaves ML, Rodrigo-López MJ, Byme S, Rodríguez-Ruiz B, Rodríguez-Suarez G. Programas de Educación Parental/Parenting Programs. *Interv Psicosoc.* 2009;18(2):121-133.
19. Aguilar NE, Rosas DM. Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el Hospital de la Unión, durante el segundo trimestre del 2013 [tesis]. Chile:Universidad de Chile; 2013.
20. Ibáñez MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Prof.* 2004;5(16):25-31.
21. Lagos-Jiménez G. Correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo en el Centro Materno Infantil César López Silva [tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2016.
22. Abad ML, Serrano J, Chica B, Rivera MD. El padre en la experiencia del parto: valoración del acompañamiento a su pareja. *Rev Rol Enferm.* 1999;10:5-11.
23. Fernández-Raigada RI. Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria [tesis]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.

Impacto de la implantación de un Check-list de Seguridad en una unidad de cuidados intensivos

Daniel Valderas Castilla¹, Julián Villarín Hernández², M. Inmaculada Martín Pacheco⁵, M. Paz Gallardo Delgado³, Montserrat del Olmo Pérez³, Blanca López Matamala⁴, Carmen Martín Parra⁴

¹ Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Hospital del Tajo. Máster en Epidemiología y Salud Pública Universidad Rey Juan Carlos

² Supervisor de Enfermería Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Tajo

³ Técnico en cuidados auxiliares de enfermería Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Tajo

⁴ Médico Intensivista adjunto Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Tajo

⁵ Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital del Tajo

Primer premio. I Premios de Investigación CODEM 2017

Cómo citar este artículo: Valderas Castilla, D., Villarín Hernández, J., Martín Pacheco, M.I., Gallardo Delgado M.P., del Olmo Pérez, M., López Matamala, B., Martín Parra, C., Impacto de la implantación de un Check-list de Seguridad en una unidad de cuidados intensivos. *Conocimiento Enfermero* 3 (2019): 53-67.

RESUMEN

Introducción. La prevención de eventos adversos es fundamental en la calidad asistencial del paciente crítico. Mejorar los registros de enfermería y fomentar la vigilancia de aspectos críticos mejora la seguridad del paciente. Para ello, en nuestra Unidad implantamos un listado de verificación de seguridad.

Objetivo. Valorar el impacto en la seguridad del paciente crítico de un check-list de seguridad.

Metodología. Se realizó un estudio cuasiexperimental antes-después incluyendo a todos los pacientes ingresados en UCI durante, al menos, cinco días. Se recogieron variables generales (nº identificativo, estancia en UCI, presencia de ventilación mecánica [VM], paciente quirúrgico), variables dependientes (registro de balance hídrico, número de constantes mal registradas, número de cambios posturales, glucemia media, registro de parámetros de VM, registro de la presión del neumotaponamiento, revisión de herida quirúrgica, analgesia pautada y registro del riesgo de úlcera por presión) y variable independiente: paciente con o sin check-list. Se recogieron datos antes de la implantación del check-list y después. Se utilizó SPSS 18.0, prueba T para comparación de medias y chi cuadrado para variables cualitativas.

Resultados y conclusiones. El número de constantes mal registradas por el sistema disminuyó significativamente ($p=0,009$). La glucemia media de los pacientes mejoró de 144,85 a 120,64 ($p=0,003$). El registro de parámetros respiratorios y de presión de neumotaponamiento mejoró de manera estadísticamente significativa ($p=0,000$ en ambos). El registro del riesgo de UPP aumentó del 40,4% al 59,6% ($p=0,03$). Hubo tendencia a la significación ($p=0,055$) en el registro de datos de balance hídrico, mejorando la media de 33,03 a 41,73. No hubo diferencias significativas en cambios posturales, revisión de herida y pauta de analgesia. Aunque estas variables no empeoraron. El check-list creado por el grupo de seguridad del paciente de nuestra UCI es eficaz para mejorar los registros de enfermería y, por tanto, para preservar la seguridad del paciente crítico.

Palabras clave: seguridad del paciente; eventos adversos; listado de verificación (check-list); cuidados intensivos.

Impact of the implementation of a Safety Check-list in an intensive care unit

ABSTRACT

Introduction. The prevention of adverse events is fundamental in the quality of care of critical patients. Improving nursing records and encouraging the monitoring of critical aspects improves patient safety. For this, in our Unit we implement a security verification list.

Objective. To assess the impact on critical patient safety of a safety check-list.

Methodology. A quasi-experimental study before-after including all patients admitted to the ICU for at least five days. General variables were collected (identification number, stay in ICU, presence of mechanical ventilation [VM],

surgical patient), dependent variables (water balance record, number of constants poorly recorded, number of postural changes, mean glycemia, MV parameter registry, pressure record of the pneumotape, revision of surgical wound, scheduled analgesia and pressure ulcer risk registry) and independent variable: patient with or without check-list. Data was collected before the implementation of the check-list and afterwards. SPSS 18.0 was used, T test for comparison of means and chi square for qualitative variables

Results and conclusions. The number of constants poorly recorded by the system decreased significantly ($p = 0.009$). The mean glycemia of the patients improved from 144.85 to 120.64 ($p = 0.003$). The recording of respiratory and pressure parameters of pneumothorax improved in a statistically significant way ($p = 0.000$ in both). There were no significant differences in postural changes, wound revision and analgesia regimen. Although these variables did not get worse. The check-list created by the patient safety group of our ICU is effective in improving nursing records and, therefore, in order to preserve the safety of critical patients

Keywords: patient safety; adverse events; check list; intensive care.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/57>

Introducción

La seguridad del paciente se presenta desde hace años como todo un reto para profesionales sanitarios y una de las claves hacia la calidad asistencial. Los eventos adversos (EA) aparecen con relativa frecuencia en los pacientes ingresados, y más aún en el paciente crítico, dada la complejidad de sus patologías y el mayor número de tratamientos, técnicas y equipamiento utilizados en el cuidado de estos pacientes.

Por ello se hacen necesarios mecanismos de control y evaluación, así como herramientas que nos permitan minimizar el riesgo.

Antecedentes: La seguridad del paciente viene sonando desde los años sesenta, cuando E.M. Schimmel describía cómo el 20% de los pacientes ingresados sufrían alguna iatrogenia derivada de la asistencia [26]. Varios autores fueron incidiendo en el tema hasta que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su reunión en Ginebra 2004, incorpora el lema: “Ante todo, no hacer daño”, y sienta las bases para que todos los países impliquen a sus sistemas de salud para preservar la seguridad del paciente [28].

El estudio nacional sobre eventos adversos (ENEAS) ha ido monitorizando la aparición de los mismos, su naturaleza, severidad y evitabilidad. Con el fin de crear áreas de mejoras en aquellos campos que así lo requieran [34]. Todas las líneas de actuación se vieron canalizadas por el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya octava estrategia se refería a la seguridad del paciente.

En lo que a los cuidados enfermeros se refiere, el proyecto SENECA (Estándares de calidad

en cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS) se proponía construir operativamente estándares e indicadores válidos para evaluar, usar el Modelo Europeo de excelencia y calidad (EFQM) como herramienta de análisis y guía de de calidad y, por último, implantar modelos de mejora [33].

En el área de los cuidados críticos la cultura de seguridad es aún más vital, ya que la aparición de eventos adversos se ve facilitada por la complejidad de estas unidades. Por ejemplo en 2009 el informe de seguridad y riesgo en el enfermo crítico (SYREC) describía la aparición de 1424 incidentes en 591 pacientes, y un tercio de los mismos habían producido algún daño [35].

Los EAs más frecuentes fueron de medicación (24,58%), seguidos de aparatos (15,38%), Cuidados (14,54%), accesos vasculares y sondas (10,39%), vía aérea y ventilación mecánica (10,11%) e Infección Nosocomial (8,15%) como los más frecuentes. Todos ellos son susceptibles de disminuir con la debida vigilancia y medidas de prevención, aspectos que se pueden ver reforzados con la concienciación de los profesionales. El uso de una herramienta cotidiana, que recuerde la vigilancia de aspectos críticos y mecanice los hábitos de cuidados hacia la seguridad del paciente, puede contribuir a la reducción de los eventos adversos.

Creación de Check-List de Seguridad

La subcomisión de seguridad del paciente de la UCI, asociada a la comisión de seguridad del Hos-

pital del Tajo, se ocupa de registrar y analizar los incidentes y eventos adversos que suceden en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los problemas de seguridad del paciente más frecuentes, se producían en nuestra unidad con una frecuencia acorde a los resultados nacionales. Se planteaban varias estrategias para minimizar dichos incidentes:

- Sesiones formativas sobre cultura de Seguridad del paciente.
- Publicación de todos los incidentes registrados para mantener informados a los profesionales.
- Carteles informativos.
- Check-List de seguridad.

El Check-List pretendía abordar de una manera activa los problemas de seguridad.

Se revisaron los errores más frecuentes y evitables, y tras una revisión de las herramientas existentes en otras unidades y de las opiniones de ex-

pertos en UCI se elaboró un check-list ajustado a las necesidades de nuestra Unidad.

La herramienta se integró en el programa Critical Care Manager 8.0 para UCI (copyright 1998-2006 Picis), que integra la gráfica de enfermería, el tratamiento y los cuidados de cada paciente de UCI.

El Check-List se dividió en dos: El primero, “check-list a principio de turno”, para una revisión rápida de monitorización, tratamiento y ventilación. El segundo, “check-list al final del turno”, serviría para evitar olvidos en todo lo concerniente a la seguridad del paciente, así como para revisar minuciosamente todo lo acontecido durante el turno.

Ambos, se cargan en la gráfica de cada paciente a su ingreso de manera automática, y se resaltan en la gráfica a principio y final del turno, asegurando que todos los profesionales de enfermería lo cumplimenten y validen. Los ítems se validan en pocos segundos, por lo que no supone una carga de trabajo ni de tiempo para el profesional.

Tabla 1. Check-List a principio de turno.

ÍTEM	ETIQUETA	REALIZADO
¿Perfusiones pautadas=perfusiones administradas?	PP=PA	
Alarmas del monitor ajustadas	Alarm	
Parámetros y alarmas del ventilador ajustadas	respi	
Tratamiento revisado	tto	

Tabla 2. Check-List al final del turno.

GRUPO/ÍTEM	ETIQUETA	REALIZADO
GENERAL		
¿Está el paciente identificado?	Ident	
¿Realizaste lavado de mano?	Lavado Manos	
RESPIRATORIO		
¿Cabecero elevado a 30°?	30	
¿Comprobaste la presión del neumotaponamiento?	Pesión Neumo	
¿Utilizaste mascarilla durante la manipulación de la vía aérea?	Mascarilla	
¿Has revisado y registrado los parámetros del respirador?	Respi	
¿Has ajustado las alarmas del respirador?	Alarm resp	
INFECCIOSO		
¿Está aislado el paciente?	Aislamiento	
¿Se han cumplido las medidas de aislamiento?	Med aislamient	
BALANCE HÍDRICO		
¿El ritmo diurético y balance se ajustaron al objetivo?	Obj	
¿Ha presentado nuevas pérdidas reseñables?	Pérdidas	

GRUPO/ÍTEM	ETIQUETA	REALIZADO
PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA		
¿Tiene profilaxis tromboembólica pautaada?	Profilaxis	
MONITORIZACIÓN		
¿Ajustaste las alarmas del monitor?	Alarm Monit	
¿Revisaste el volcado automático de constantes?	Volcado	
¿Realizaste el calibrado de sistemas de presión?	Calibrado	
¿Verificaste las curvas de presión?	Curvas	
ANALGESIA		
¿Tiene tratamiento analgésico ajustado?	Tto analgésico	
NUTRICIÓN		
¿Se está siguiendo protocolo de Nutrición?	Protocolo NE	
¿Comprobaste SNG/SNY?	SNG/SNY	
¿Glucemias controladas según protocolo de insulina?	Protocolo Gluce	
SEDACIÓN		
¿Está el tratamiento ajustado al nivel de sedación deseado?	Sedación	
PIEL Y MUCOSAS		
¿Se han realizado cambios posturales?	Cambios	
¿Levantaste al paciente al sillón?	Sillón	
Si UPP... ¿¿Cumplimentaste formulario de UPP?	Formul UPP	
¿Revisaste la herida quirúrgica?	Herida	
¿Herida quirúrgica o puntos de punción con signos de infecci?	Infec herida	

Justificación de cada Ítem

General:

¿Está el paciente identificado?

Aunque el uso de brazalete/pulsera identificativa, ha reducido la aparición de errores en un 50% y el código de barras hace disminuir entre el 33% y el 52% errores de medicación, siguen apareciendo errores identificativos, sobre todo en ingresos muy urgentes y graves, en los que no se había podido colocar la pulsera [4,37].

¿Realizaste el lavado de manos?

Diversos estudios y publicaciones han demostrado que la higiene de manos es una de las precauciones que más evita la transmisión de infecciones, además de tener el mejor coste-beneficio [31, 6, 13, 14, 15].

Respiratorio:

¿Cabecero elevado a 30º? ¿Presión de neumotaponamiento correcto? ¿Uso de mascarilla durante la manipulación de la vía aérea?

Las recomendaciones del proyecto Neumonía Zero han demostrado disminuir la Neumonía asociada a ventilación mecánica. Aunque el cumplimiento de estas medidas no está aún cerca del 100%. Los estudios publicados hablan de un cumplimiento del 40-78% para la presión del neumotaponamiento (60% en nuestra unidad), por debajo del 40% para la elevación del cabecero (21% en nuestra unidad), y del 75% para el uso de mascarilla (82,3% en nuestra unidad) [38,39,40,41].

¿Has revisado y registrado los parámetros del respirador? ¿Has ajustado las alarmas del respirador?

En ocasiones, cuando se realizan cambios en la ventilación del paciente no se adaptan las alarmas, incluso se han registrado incidentes respiratorios en pacientes que tenía alarmas anuladas.

Infecioso:

¿Está el paciente en aislamiento? ¿Se cumplieron las medidas de aislamiento?

En el paciente crítico son frecuentes los aislamientos y la monitorización de microorganismos colonizadores. Los resultados de dichos cultivos y la prescripción de aislamiento muchas veces se realiza “boca a boca” y podría ser que la información no llegase a todos los profesionales. Una vez instaurado el aislamiento, en ocasiones resulta complicado mantener las medidas para todos los profesionales que puedan atender directa o indirectamente al paciente.

Balance Hídrico:

¿El ritmo diurético y el balance se ajustaron al objetivo? ¿Ha presentado nuevas pérdidas reñables?

El balance hídrico es fundamental para guiar el tratamiento del paciente crítico. A la dificultad de calcular las pérdidas e ingresos, se une la omisión de registros por parte del profesional que, bien por carga de trabajo, bien por desconocimiento de su importancia, tienden a dar más valor a otros registros. El ítem pretende recordar el registro correcto de este balance, así como hacer que el profesional profundice en los objetivos para el paciente [42].

Profilaxis tromboembólica:

¿Tiene el paciente profilaxis tromboembólica pautada?

En colaboración con los profesionales de medicina, la enfermería de nuestra unidad pretendía con este ítem evitar errores de medicación y accidentes tromboembólicos asociados.

Monitorización:

¿Ajustaste las alarmas del respirador?

Los cambios en la hemodinámica y ventilación del paciente requieren que el ajuste de alarmas y el calibrado de los dispositivos de monitorización sea continua. Un mal ajuste de alarmas o mediciones erróneas en el monitor, son incidentes que se repiten con relativa frecuencia y que pueden tener consecuencias en la salud del enfermo [43,35].

¿Revisaste el volcado automático de constantes?

En nuestra unidad, todos los monitores se encuentran conectados en línea a un monitor central y a la red de critical care manager, software que uti-

lizamos como gráfica de enfermería. De este modo, las constantes: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación, entre otras, se vuelcan automáticamente una vez registradas en el monitor. No obstante, el sistema no discrimina valores erróneos y a veces omite (por problemas de conexión en red) algunas constantes. Es responsabilidad del profesional de enfermería revisar dicho volcado y corregirlo si es preciso, algo que frecuentemente pasa desapercibido, de ahí la importancia de este recuerdo que propone la herramienta del check-list.

¿Realizaste el calibrado de las curvas de presión? ¿Verificaste las curvas de presión?

Los transductores de presión, sufren descalibraciones frecuentes. Por otro lado las movilizaciones del paciente, su anatomía o la integridad de los dispositivos hacen que a menudo las curvas no sean precisas. Por todo ello debemos verificar estos factores frecuentemente para no registrar valores erróneos.

Analgesia:

¿Tiene tratamiento analgésico ajustado?

Cerca del 50% de nuestros pacientes son postquirúrgicos, a los cuáles se les suele ajustar la analgesia, pero en ocasiones olvidamos que el resto de pacientes críticos, sobre todo de larga duración o con puntuación elevada en escalas de gravedad, sufren cierto grado de dolor. El ítem pretende que todos los pacientes tengan un buen nivel de analgesia en la medida que así lo precisen.

Nutrición:

¿Glucemias controladas según protocolo de insulina?

Más allá de los errores técnicos de los monitores de glucemia, el control de la glucemia está influido en unidades críticas por la frecuencia de sus determinaciones. Se han descrito incidentes incluso en pacientes con tratamientos hipoglucemiantes a los que no se les determinó la glucemia con la frecuencia adecuada.

Piel y mucosas:

¿Realizaste cambios posturales? ¿Levantaste al paciente al sillón?

La terapia postural en el paciente crítico pre-dispone a la integridad cutánea, mejora la circulación y la respiración. El ítem pretende recordar a los profesionales de su importancia y estimular la frecuencia de las movilizaciones [44,45].

¿Cumplimentaste el formulario de UPP?

El registro del tratamiento y evolución de la úlcera, mejora su pronóstico [45].

¿Revisaste la herida quirúrgica?

El ítem pretende recordar la revisión de la herida para minimizar infecciones y complicaciones de la cicatriz.

La implantación de esta herramienta se espera que sirva para mejorar los registros de enfermería y recordar al profesional diversos aspectos referidos a la seguridad del paciente.

Hipótesis

El uso de un listado de verificación de seguridad del paciente mejora los registros de enfermería y refuerza la vigilancia de aspectos críticos. Lo cual debe mejorar la seguridad del paciente y la disminuir de incidentes.

Objetivos

Objetivo general: Valorar el impacto en la seguridad del paciente tras la implantación de un check-list de seguridad.

Objetivos secundarios:

- Analizar si el uso de una lista de verificación mejora los registros de enfermería.
- Valorar si el uso de un check-list mejora los registros de balance hídrico, constantes vitales, revisión de heridas quirúrgicas, úlceras por presión, parámetros respiratorios y cambios posturales.
- Analizar si el uso del check-list mejora el control de la glucemia del paciente.
- Comprobar si el uso de un check-list evita la omisión de pautas de analgesia.

Metodología

Se realizó un estudio analítico cuasiexperimental, antes-después de la implantación del check list.

El check-list se implantó en mayo de 2015, con una formación previa a todos los profesionales para su manejo.

Se hizo una recogida de datos retrógrada para 37 pacientes pre-check-list los meses de febrero, marzo y abril de 2015. Y 37 pacientes post-check-list los meses septiembre, octubre y noviembre de 2015. Dado que en nuestra unidad se realizan 3 turnos diarios, cada paciente generó datos de 111 profesionales que registraron datos durante los cinco primeros días de ingreso, periodo que se decidió por consenso valorando que es un tiempo suficiente para representar los registros efectuados y minimizar el efecto del estado del paciente sobre el registro o no de datos en la gráfica.

Se realizó, por tanto, un muestreo por conveniencia, incluyendo en el estudio a todos los pacientes críticos con una estancia igual o mayor a 5 días.

De todos los ítems del check-list, se seleccionaron las variables (dependientes) que mejor podían representar el cumplimiento de cuidados o actividades dirigidas a la seguridad del paciente. Dichas variables se registrarían en los pacientes pre-check-list y post-check-list por medio de los registros de enfermería disponibles en el software Critical Care Manager.

Variables:

- Número identificativo.
- Paciente con ventilación mecánica.
- Paciente postquirúrgico.

Variable independiente:

- Check-list (Sin check-list/Con check-list).

Variables independientes:

- **Registros de balance hídrico: Número de registros de balance registrados en 5 días.** Se contabilizó el **número de datos** que los profesionales registran manualmente, excluyendo aquellos que registra el sistema de forma auto-

- mática y la diuresis en sonda vesical, ya que dicho registro se realiza siempre y no genera diferencias entre un grupo y otro. De este modo se valoraron las entradas (Sueroterapia, medicaciones, nutrición e ingesta oral) y salidas (Diuresis, heces líquidas, drenajes y pérdidas insensibles).
- **Registro de constantes:** Valorando los datos que el sistema registra de manera automática desde el monitor de cabecero, se contabilizaron el **número de registros incorrectos**, y por tanto, el número de veces que el profesional debió revisar los datos volcados por el sistema y no lo hizo. Por ejemplo, cuando la presión arterial invasiva se encuentra artefactada por amortiguación de la curva de presión, el sistema no discrimina esos valores y los registra igualmente, siendo responsabilidad del profesional revisar la curva de presión y los datos registrados.
 - **Cambios posturales: Número de cambios posturales durante los 5 días de ingreso.**
 - **Formulario de riesgo de UPP cumplimentado durante 5 días:** Se revisó si el formulario para valorar el riesgo de UPP estaba cumplimentado durante los 5 días de recogida de datos.
 - **Valores de glucemias: Media de glucemia del paciente durante los cinco días de ingreso.**
 - **Tratamiento analgésico:** En el caso de que el paciente fuera quirúrgico, se registró si tenía pauta analgésica durante los 5 días de recogida de datos.
 - **Registros herida quirúrgica:** En los pacientes quirúrgicos, se registraron el **número de regis-**

tros sobre la revisión y cura de la herida quirúrgica.

- **Parámetros del respirador registrados:** En los pacientes con ventilación mecánica, se registraron el **número de veces que se registraban los parámetros** del respirador durante los 5 días de observación.
- **Registros de Presión del neumotaponamiento: Número de valores de presión registrados** durante los 5 días de observación.

La recogida de datos se realizó explotando los datos de las gráficas de enfermería utilizando el software Critical Care Manager 8.0 para UCI.

El análisis estadístico se realizó con SPSS 18.0. Se hizo cálculo de frecuencias para las diferentes variables. Se usaron t de student para comparación de medias y chi cuadrado para variables cualitativas.

Cronograma

Enero 2015: Revisión de bibliografía sobre listados de verificación.

Febrero-marzo 2015: Elaboración del Check-list y proyecto.

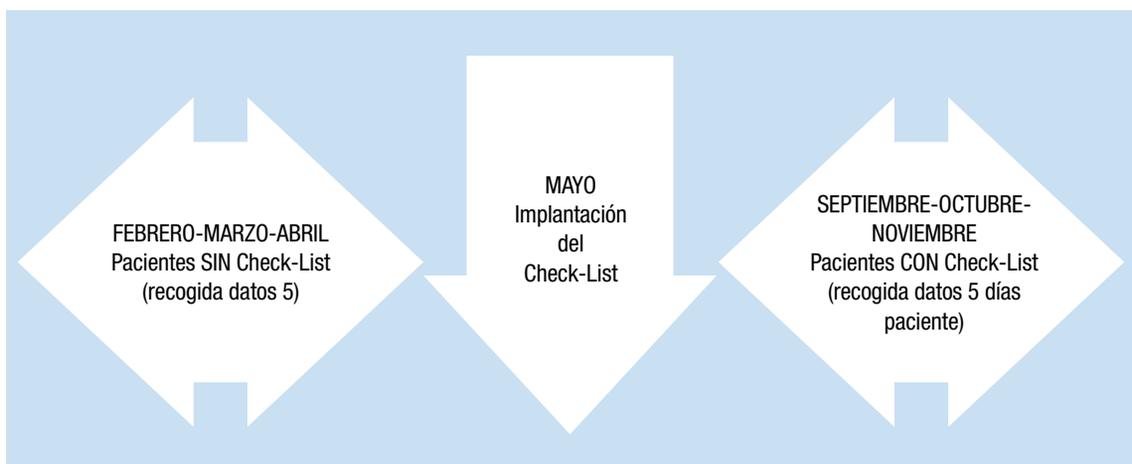
Abril 2015: Presentación y formación para cumplimentación del check list.

Mayo 2015: Implantación del check-list. Integración en el software de la Unidad.

Septiembre-octubre-noviembre 2015: Recogida de datos.

Diciembre 2015: Análisis estadístico y redacción.

Figura 1. Cronograma.



Resultados

Se incluyeron en el estudio 74 pacientes, 37 del grupo control (pre-check-list) y 37 del grupo expuesto (post-check-list), y se recogieron datos registrados por un total de 17 profesionales de enfermería durante los 5 primeros días de ingreso del paciente (15 turnos de enfermería).

La estancia media de los pacientes fue 10.49 (11.30 para el grupo sin check-list y 9.68 para el grupo con check-list).

De los 74 pacientes, 46 se encontraban con ventilación mecánica (62.2%): 26 de 37 en el grupo SIN check-list y 20 de 37 en el grupo con check-list.

29 pacientes eran post-quirúrgicos (39,5%) y 45 médicos (60,8%). En el grupo sin check-list hubo 12 pacientes post-quirúrgicos (32,4%) y en el grupo con check-list 17 (45,9%).

- **Registros de balance hídrico:**

La media de datos de balance registrados durante los cinco días fue **33,03** para el grupo sin check-list y **41,73** para el grupo con check-list. Encontrando cierta tendencia a la significación estadística: **p=0,055**.

- **Número de constantes mal registradas:**

La media de datos mal registrados por el sistema fue de **8,16** pre check-list y **3,76** post check-list. Con diferencias significativas entre ambas **p=0,009**.

- **Cambios posturales (media de cambios realizados durante los cinco días):**

Se registró una media de 11,73 cambios posturales en los 5 días de observación del grupo sin check-list y de 12,41 en el grupo con check-list. Sin que hubiese diferencias significativas entre ambas.

Tabla 3. Número de datos de balance registrados.

Check-List en el paciente	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente SIN Check-List	37	33,03	18,087	2,973
Paciente CON Check-List	37	41,73	20,289	3,336

	Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% I.C. para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	2,271	,136	-1,948	72	,055	-8,703	4,468	-17,610	,205

Tabla 4. Número de datos mal registrados por el sistema.

Check-List en el paciente	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente SIN Check-List	37	8,16	8,980	1,476
Paciente CON Check-List	37	3,76	3,940	,648

	Prueba de Levene		Número de datos mal registrados por el sistema						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% I.C. para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	8,333	,005	2,733	72	,008	4,405	1,612	1,192	7,619
No se han asumido varianzas iguales			2,733	49,364	,009	4,405	1,612	1,166	7,645

Tabla 5. Número de cambios posturales.

Check-List en el paciente	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente SIN Check-List	37	11,73	5,551	,913
Paciente CON Check-List	37	12,41	6,344	1,043

Tabla 6. Media de valores de glucemia.

Check-List en el paciente	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente SIN Check-List	37	144,8557	41,11618	6,75946
Paciente CON Check-List	37	120,6441	26,01912	4,27752

	Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% I.C. para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	2,013	,160	3,027	72	,003	24,21162	7,99921	8,26548	40,15776
No se han asumido varianzas iguales			3,027	60,848	,004	24,21162	7,99921	8,21540	40,20785

Tabla 7. Número de registros de parámetros del respirador.

Check-List en el paciente	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente SIN Check-List	26	17,85	3,885	,762
Paciente CON Check-List	19	28,74	6,822	1,565

	Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% I.C. para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	5,124	,029	-6,788	43	,000	-10,891	1,604	-14,126	-7,655
No se han asumido varianzas iguales			-6,257	26,474	,000	-10,891	1,741	-14,466	-7,316

- **Media de glucemia durante los 5 días de observación:**

Para el grupo sin check-list la media de glucemia fue **144,85** y para el grupo con check-list **120,64**. Diferencias con significación estadística: **p=0,003**.

- **Registro de parámetros del respirador:**

La media de registros durante los cinco días de observación fue de **17,85** registros en el grupo sin

check-list y de **28,74** en el grupo con check-list, con una significación estadística de **p=0,000**.

- **Registro de presión del neumotaponamiento:**

Los profesionales registraron una media de **13,42** datos de presión de neumotaponamiento antes del check-list y **22,74** con el check-list. Encontrando diferencias significativas entre ambas medias: **p=0,000**.

Tabla 8. Registro presión de neumotaponamiento.

Check-List en el paciente	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente SIN Check-List	26	13,42	5,988	1,174
Paciente CON Check-List	19	22,74	5,269	1,209

	Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias					95% I.C. para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,098	,756	-5,416	43	,000	-9,314	1,720	-12,782	-5,846
No se han asumido varianzas iguales			-5,527	41,436	,000	-9,314	1,685	-12,716	-5,911

Tabla 9. Número de registros de revisión de herida quirúrgica.

Check-List en el paciente	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Paciente SIN Check-List	12	2,75	2,598	,750
Paciente CON Check-List	18	4,72	3,232	,762

Tabla 10. Tabla de contingencia Check-List en el paciente * Paciente quirúrgico con pauta de analgesia.

		Paciente quirúrgico con pauta de analgesia		
		SI	NO	Total
Paciente SIN Check-List	Recuento	11	1	12
Paciente CON Check-List	Recuento	18	0	18

Tabla 11. Tabla de contingencia Check-List en el paciente * Registro Formulario de riesgo de UPP.

		Registro Formulario de riesgo de UPP		
		SI	NO	Total
Paciente SIN Check-List	Recuento	19	18	37
	% dentro de Check-List en el paciente	51,4%	48,6%	100,0%
Paciente CON Check-List	Recuento	28	9	37
	% dentro de Check-List en el paciente	75,7%	24,3%	100,0%

- **Registros de revisión de herida quirúrgica:**

La media de registros de herida quirúrgica en el grupo sin check-list fue de 2,75, aumentando hasta 4,72 en el grupo con check-list, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. P=0,089.

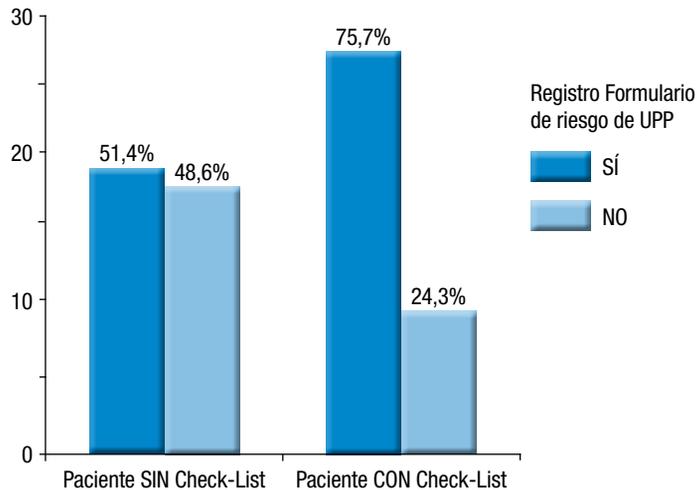
- **Analgesia pautada en paciente quirúrgico:**

En el grupo sin check-list 11 de los 12 pacientes quirúrgicos tenían analgesia correctamente pautada, en el grupo con check-list los 18 pacientes quirúrgicos presentaban dicho factor. No se encontró diferencia significativa en esta variable.

Tabla 12. Pruebas de chi-cuadrado (Checklist x Registro riesgo UPP).

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,723 ^a	1	.030		
N de casos válidos	74				

^a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,50.

Figura 2. Registro de riesgo de UPP x Con/Sin Check-list.

- **Registro de formulario de riesgo de UPP:**

El porcentaje de registros efectuados fue de 51,4% en el grupo control y aumentó a 75,7% en el grupo post-intervención, con una significación estadística de esta diferencia de $p=0,03$.

Discusión

La herramienta del check-list pretendía ayudar a los profesionales a recordar tareas relacionadas con la seguridad, a mejorar los registros sobre las mismas y a generar unos hábitos seguros para el paciente.

La mejora en los registros de enfermería en el paciente crítico aumenta la calidad en la asistencia, diversos artículos y publicaciones evidencian que un mejor registro de cuidados refuerza al profesional en una buena praxis, mejora la comunicación y la continuidad en el cuidado y facilita la información para evitar incidentes. Por otro lado, la protocolización de cuidados y el uso correcto de herramientas informáticas ayudan a guiar prácticas seguras para el paciente y disminuyen los errores [33,29, 24, 6].

En nuestra Unidad, la creación del listado de verificación (check-list) sirvió a los profesionales implicados para mejorar su conciencia de seguridad del paciente y reciclar los conocimientos de aspectos críticos. Del mismo modo, la divulgación del mismo al resto de personal se esperaba tener el mismo efecto.

Una vez incorporada a nuestro software, la herramienta se cumplimentaba prácticamente al 100%, ya que por defecto se abre al principio y al final del turno. Y parece que su uso por parte del personal de enfermería a mejorado indicadores de calidad, y en muchos casos ha demostrado mejorar los registros de manera significativa.

Aunque no hubo diferencias (aunque sí tendencia a la significación) en los datos de **balance hídrico**, el número de registros aumentó con el grupo con check-list. El correcto registro de balance hídrico es clave para guiar el tratamiento del enfermo crítico, y los errores en este sentido, como reflejaba el estudio de Gutiérrez Alejandro y col. En 2005, no son infrecuentes y pueden repercutir en la seguridad del paciente. Por tanto, el aumento de registros se valora muy positivamente, aunque

asumimos que en ambos grupos aún faltan registros y debemos tender hacia el 100% de los registros.

La informatización y automatización en los registros de constantes llevadas a cabo en los últimos años en muchas Unidades de cuidados intensivos facilitan la labor del profesional, pero también se detectan registros erróneos que pueden interferir en el seguimiento y diagnóstico del paciente. La disminución de **constantes mal registrados por el sistema** ha resultado significativa después de incorporar el check-list. Creemos que continuando esta estrategia y con la publicación periódica de estas cifras, contribuiremos a que los profesionales revisen este volcado automático y reduzcan los errores.

No hubo diferencias en la realización de **cambios posturales**, o al menos en su registro. El refuerzo de registros y la formación sobre la importancia de este cuidado puede mejorar este indicador, disminuyendo así los eventos adversos asociados (44,45).

La frecuencia de monitorización de los niveles de **glucemia** mejora el control de la misma. En las unidades de cuidados intensivos, la carga de trabajo y la diversidad de atenciones puede hacer que esta frecuencia disminuya. La herramienta parece haber servido para disminuir la media de glucemia, seguramente porque el recuerdo periódico de este cuidado permitió mejor control de la misma.

Muchos eventos adversos relacionados con la ventilación mecánica están relacionados con el incumplimiento de medidas de prevención de NAVM, como ponía de manifiesto el estudio de T García Araguas en 2012. La monitorización de la **presión del neumotaponamiento** mejora el control del mismo y por tanto contribuye a disminuir estos eventos adversos. El check-list ha resultado eficaz para aumentar los registros, de lo que se desprende que su control ha sido mejor después de la implementación. Otros eventos adversos no infecciosos se relacionan con los **parámetros ventilatorios** de la VM. Nuestro listado de verificación, al haber contribuido a un aumento significativo de los registros de éstos parámetros, creemos que ayudan a un mejor conocimiento del estado respiratorio del paciente y de su manejo.

En los pacientes quirúrgicos, la **analgesia** se encontró correctamente pautada, incluso antes de la implantación del check-list. Dicho tra-

tamiento debe seguir monitorizándose, aunque nos planteamos retirar el ítem del check-list para simplificarlo y mejorar su implementación, o bien sustituirlo por nuevas áreas a mejorar. El registro de la **revisión de la herida quirúrgica** aunque no significativamente. La media esperada de registro era de 5 (al menos una revisión al día), y en ambos casos se encontró por debajo de lo esperado, por eso debemos realizar planes de mejora en este sentido.

C. Barrientos, en su estudio de 2005, ponía de manifiesto que la vigilancia del riesgo en UPP unido a las medidas preventivas disminuía la aparición de las mismas. El registro de nuestro **formulario de riesgo de UPP** que debe realizarse en cada turno ha mejorado significativamente, lo cual debe suponer una disminución de las úlceras en nuestros pacientes.

Conclusiones

El check-list de seguridad mejora las medidas para la seguridad del paciente según de los registros de enfermería.

El número de constantes mal registradas por el sistema disminuyó de forma significativa ($p=0,009$).

La glucemia media de los pacientes mejora tras la implantación del check-list, de 144,85 a 120,64 ($p=0,003$).

El registro de parámetros respiratorios y de presión en el neumotaponamiento mejoró de manera estadísticamente significativa ($p=0,000$ en ambos casos).

El registro del riesgo de UPP aumentó del 40,4% al 59,6%, diferencia significativa ($p=0,03$).

Se halló tendencia a la significación ($p=0,055$) en el registro de datos de balance hídrico, de 33,03 a 41,73 de media.

No se encontraron diferencias significativas en los cambios posturales, revisión de herida quirúrgica y pauta de analgesia en paciente quirúrgico. Si bien en ninguna de estas variables empeoraron los datos tras la implantación del check-list.

La lista de verificación creada por el grupo de seguridad del paciente de nuestra UCI es una herramienta eficaz para mejorar los registros de enfermería y, por tanto, para preservar la seguridad del paciente crítico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Ubeda SR. [Is an effort needed in order to replace the punitive culture for the sake of patient safety?]. *Rev Calid Asist.* 2015 Dec 18.
2. Manzanera R, Plana M, Moya D, Ortner J, Mira JJ. [Implementation of good quality and safety practices. Descriptive study in a occupational mutual health centre]. *Rev Calid Asist.* 2015 Dec 16.
3. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. [Training in patient safety in medical and nursing schools]. *Rev Calid Asist.* 2015 Nov 20.
4. Cuadrado-Cenzual MA, García Briñón M, de Gracia Hills Y, González Estechea M, Collado Yurrita L, de Pedro Moro JA, Fernández Pérez C, Arroyo Fernández M. [Patient identification errors and biological samples in the analytical process: Is it possible to improve patient safety?]. *Rev Calid Asist.* 2015 Nov-Dec;30(6):310-8.
5. Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Electronic address: admin@sensar.org. [Recommendations for institutional response to an adverse event]. *Rev Calid Asist.* 2015 Sep 17.
6. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, Silvestre C, Olivera G, Zavala E, Nuño-Solinís R, Maderuelo-Fernández JÁ, Vitaller J, Astier P; Research Group on Second and Third Victims. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015 Aug 22;15:341.
7. Guzmán-Ruiz O, Ruiz-López P, Gómez-Cámara A, Ramírez-Martín M. [Detection of adverse events in hospitalized adult patients by using the Global Trigger Tool method]. *Rev Calid Asist.* 2015 Jul-Aug;30(4):166-74.
8. Aranaz-Andrés JM, Gea-Velázquez de Castro MT, Jiménez-Pericás F, Balbuena-Segura AI, Meyer-García MC, López-Fresneña N, Miralles-Bueno JJ, Obón-Azuara B, Moliner-Lahoz J, Aibar-Remón C. [Identification of adverse events in hospitalised influenza patients]. *Rev Calid Asist.* 2015 Jan-Feb;30(1):17-23.
9. Pérez Zapata AI, Gutiérrez Samaniego M, Rodríguez Cuéllar E, Andrés Esteban EM, Gómez de la Cámara A, Ruiz López P. Detection of adverse events in general surgery using the "Trigger Tool" methodology. *Cir Esp.* 2015 Feb;93(2):84-90.
10. Oliva G, Alava F, Navarro L, Esquerra M, Lushchenkova O, Davins J, Vallès R. [Notification of incidents related to patient safety in hospitals in Catalonia, Spain during the period 2010-2013]. *Med Clin (Barc).* 2014 Jul;143 Suppl 1:55-61.
11. Saura RM, Moreno P, Vallejo P, Oliva G, Alava F, Esquerra M, Davins J, Vallès R, Bañeres J. [Design, implementation and evaluation of a management model of patient safety in hospitals in Catalonia, Spain]. *Med Clin (Barc).* 2014 Jul;143 Suppl 1:48-54.
12. Secanell M, Orrego C, Vila M, Vallverdú H, Mora N, Oller A, Bañeres J; para el Grupo CIRSEG. [A surgical safety checklist implementation: experience of a start-up phase of a collaborative project in hospitals of Catalonia, Spain]. *Med Clin (Barc).* 2014 Jul;143 Suppl 1:17-24.
13. Bañeres J, Orrego C, Navarro L, Casas L, Banqué M, Suñol R. [Epidemiology of the hospital adverse events in Catalonia, Spain: a first step for the patient safety improvement]. *Med Clin (Barc).* 2014 Jul;143 Suppl 1:3-10.
14. Martín Delgado MC, Merino de Cos P, Sirgo Rodríguez G, Álvarez Rodríguez J, Gutiérrez Cía I, Obón Azuara B, Alonso Ovies Á; Grupo SYREC. Analysis of contributing factors associated to related patients safety incidents in Intensive Care Medicine. *Med Intensiva.* 2015 Jun-Jul;39(5):263-71.
15. de Andrés Gimeno B, Salazar de la Guerra RM, Ferrer Arnedo C, Revuelta Zamorano M, Ayuso Murillo D, González Soria J. [An approach to care indicators benchmarking. Learning to improve patient safety]. *Rev Calid Asist.* 2014 Jul-Aug;29(4):212-9.
16. Machón M, Vergara I, Silvestre C, Pérez P, Alías G, Vrotsou K. [Cross-cultural adaptation into Spanish of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture questionnaire]. *Rev Calid Asist.* 2014 Mar-Apr;29(2):99-103.
17. Merino P, Bustamante E, Campillo-Artero C, Bartual E, Tuero G, Marí J. Patient safety certification in a Department of Intensive Care Medicine: our experience with standard UNE 179003:2013. *Med Intensiva.* 2014 Jun-Jul;38(5):297-304.

18. Ornelas-Aguirre JM, Arriaga-Dávila JD, Domínguez-Serrano MI, Guzmán-Bihouet BF, Navarrete-Navarro S. [Adverse events in patients from a pediatric hospital.]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013 November-December;51(6):680-687.
19. Vallejo-Gutiérrez P, Bañeres-Amella J, Sierra E, Casal J, Agra Y. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting an Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. *Rev Calid Asist*. 2014 Mar-Apr;29(2):69-77.
20. Nebot-Marzal CM, Mira-Solves JJ, Guilabert-Mora M, Pérez-Jover V, Pablo-Comeche D, Quirós-Morató T, Cuesta Peredo D. [A set of quality and safety indicators for hospitals of the “Agencia Valenciana de Salud”]. *Rev Calid Asist*. 2014 Jan-Feb;29(1):29-35.
21. Martín-Delgado MC, Fernández-Maillo M, Bañeres-Amella J, Campillo-Artero C, Cabré-Pericas L, Anglés-Coll R, Gutiérrez-Fernández R, Aranaz-Andrés JM, Pardo-Hernández A, Wu A. [Consensus conference on providing information of adverse events to patients and relatives]. *Rev Calid Asist*. 2013 Nov-Dec;28(6):381-9.
22. Merino P, Martín MC, Alonso A, Gutiérrez I, Alvarez J, Becerril F; coordinadores del estudio SYREC. [Medication errors in Spanish intensive care units]. *Med Intensiva*. 2013 Aug-Sep;37(6):391-9.
23. Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan Cameo S, Ferrer Tarrés JM. [Unique patient identification in hospitals in the National Health Service]. *Med Clin (Barc)*. 2008 Dec;131 Suppl 3:72-8.
24. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, de Souza-Oliveira AC; Grupo Proyecto Indicadores de Seguridad del Paciente, Castillo C, López MJ, Ramón T, Carrillo A, Iranzo MD, Soria V, Saturno PJ, Parra P, Gomis R, Gascón JJ, Martínez J, Arellano C, Gama ZA, de Oliveira-Sousa SL, de Souza-Oliveira AC, Fonseca YA, Ferreira MS. [Analysis of the patient safety culture in hospitals of the Spanish National Health System]. *Med Clin (Barc)*. 2008 Dec;131 Suppl 3:18-25.
25. Palacio F; Grupo de Trabajo para la Seguridad del Paciente. [The safety of the patient, a challenge for primary care. The reply from semFYC]. *Aten Primaria*. 2007 Oct;39(10):517-9. Spanish.
26. E.M. Schimmel. The hazards of hospitalization. *Qual Saf Health Care* 2003;12:58-63.
27. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/
28. Organización mundial de la salud. Seguridad del paciente. <http://www.who.int/patientsafety/es/>
29. Saturno P.J. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud. Agencia Nacional del SNS. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2012). Proyecto Bacteriemia Zero. Recuperado 1 de julio de 2013 de <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero.html>
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2013). Programa de Higiene de manos. Recuperado 12 de julio de 2013 de <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos.html>
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Unidades asistenciales: Estandares y recomendaciones. <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2.htm>
33. García E.I. (Dir), Rodríguez J. (Dir), Grupo de expertos (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
34. Aranaz JM. (Dir), Aibar C. (Colaborador), Vitaller J. (Colaborador), Ruiz P. (Colaborador), Grupo de Expertos (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
35. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe. Mayo 2009. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
36. Protocolos Hospital Universitario de Fuenlabrada. SERMAS. www.madrid.org/hospitalfuenlabrada/

37. Alerta de seguridad en atención sanitaria del Centro para la Seguridad Clínica de los pacientes. Fundación Avedis Donabedian. Fundación Mafre Medicina. Barcelona 2004. http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%201%20Identificaci%C3%B3n%20pacientes_v2.pdf
38. T. García Araguas*, I. Irigoyen Aristorena, C. Zazpe Oyarzun, B. Baztán Madoz y J. Barado Hugalde Evaluación de un programa de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM): resultados al año. *Enferm Intensiva*. 2012;23(1):4-10.
39. T.R. Velasco Sanz*, M. Ronda Delgado de la Fuente, A.B. Sánchez de la Ventana y M. Reyes Merino Martínez. El control del neumotaponamiento en cuidados intensivos: influencia de la formación de los profesionales de enfermería *Enferm Intensiva*. 2015;26(2):40-45.
40. R. Vinagre Gaspar, C. Morales Sánchez, M.J. Frade Mera, I. Zaragoza García, A. Guirao Moya, M. Cuenca Solanas, C. García Fuentes y E. Alted López. Evaluación del cumplimiento de cabeceros elevados entre 30-45º en pacientes intubados. *Enf Intensiva* 2010.
41. Grap et al. *Am J of Crit Care* 2005. 14: 325-332.
42. Gutiérrez Alejandro A, Calvo Buey JA, Marcos Camina RM. Estudio para la disminución de errores en el registro de los balances hídricos de pacientes críticos ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2005; 16(03):100-109.
43. Gallego López JM, Soliveres Ripoll J, Carrera Hueso JA, Solaz Roldán C. Monitorización Clínica. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana 2009. ISBN 978-84-691-9056-2.
44. MLG Grande, VG Bellido, G Olguin, H Rodríguez Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crítico- *Enfermería intensiva*, 2010 – Elsevier.
45. C Barrientos, L Urbina, A Ourcilleón et al. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud - *Rev chil med* 2005 - medicina-intensiva.cl
46. AI Fernández Herranz, MR Burgos Martín, T Herrero García, AI Cabrero Cabrero, M García Iglesias. Calidad en los registros de enfermería. *Enfer Intensiva*, 1998. vol.9, nº1. 10-15.