



IKER
GAZTE
NAZIOARTEKO
IKERKETA EUSKARAZ

II. IKERGAZTE NAZIOARTEKO IKERKETA EUSKARAZ

2017ko maiatzaren 10, 11 eta 12
Iruñea, Euskal Herria

ANTOLATZAILEA:
Udako Euskal Unibertsitatea (UEU)

OSASUN ZIENTZIAK

**Haur Astinduaren Sindromearen
inguruko hausnarketa eta
Erizaintzaren esku hartzea**

*Leire Astoreka Atxikallende eta
Itziar Hoyos Cillero*

34-41 or.

<https://dx.doi.org/10.26876/ikergazte.ii.04.04>

ANTOLATZAILEA:



ELKARLANEAN:



LAGUNTZAILEAK:



Haur Astinduaren Sindromearen inguruko hausnarketa eta Erizaintzaren esku hartzea

Astoreka Atxikallende, Leire¹ eta Hoyos Cillero, Itziar²

¹Bermeoko Ospitalea. Osakidetza

²Erizaintza Saila I. Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea
leireas_94@hotmail.com

Laburpena

Haur Astinduaren Sindromea osasun publikoko arazo larri bat da eta ondorio fisiko eta psikologiko zuzen eta larriak dakartza. Haurren segurtasuna arriskuan jartzen duen fenomeno bat denez, eta arrisku faktoreetariko batzuk prebenigarriak direla kontuan izanda, garrantzitsua da gizarte mailan zein osasun sisteman, honen inguruko ezagutzak zabaltzea. Erizaintzako profesionalak honen inguruko formakuntza edukitzea beharrezkoa da detekzio, prebentzio eta deribazio lana modu egokian egin ahal izateko. Berrikuspen bibliografiko honen helburua, sindromearen gaineko hausnarketa bat egitea da, arrisku faktore garrantzitsuenak identifikatuz, ondorioak aztertuz eta erizaintzako profesionalen rol eta eginkizunak zehaztuz.

Hitz gakoak: Haur Astinduaren Sindromea, ondorioak, arrisku faktoreak, erizaintza, prebentzioa, hezkuntza.

Abstract

Shaken Baby Syndrome is a severe problem of public health and it causes straight and critical physical and psychological consequences. As a phenomenon that endangers the security of the children, and considering that some of the danger factors are preventable, it is important to take knowledge about this syndrome at the level of the society and health system. It is necessary that the nursing professionals had knowledge about this to act in an adequate way in its detection, prevention and derivation work. The objective of this bibliographic revision is to make a reflection on the syndrome, studying the most important risk factors, identifying consequences and specifying the role and participation of these professionals.

Keywords: Shaken Baby Syndrome, outcomes, risk factors, nursing, prevention, education.

1. Sarrera eta motibazioa

Haurrenganako tratu txar fisiko edo indarkeria, osasun egoeran zein ongizatean era larrian eragiten duen ohiko arazoa da gaur egungo gizartean (Centers for Disease Control and Prevention, 2010; Centers for Disease Control and Prevention, 2013; Samaha et al., 2015). Hau horrela izanik, osasun publikoko problematika garrantzitsua ere bada (Walls, 2006; CDC, 2010; Scribano et al., 2013; Hinds et al., 2015; Samaha et al., 2015).

Gurasoen edo haurra zaintzeaz arduratzen diren pertsonen ekintzen ondorioz, haurraren osasun fisikoa eta segurtasuna edo ongizate psikologikoa arriskuan denean esan ohi da tratu txarrak edo gehiegikeriak gertatzen direla. Tratu txarrak ekintzaz edo omisioz eta zabarkeriaz gerta daitezke. Sailkapenik erraz eta operatiboenak ondorengo lau tratu txar mota deskribatzen ditu: tratu txar fisikoa, zabarkeria, sexu abusua eta tratu txar emozionala (Walls, 2006). Tratu txar fisikoa da, ume edo nerabeei gurasoen edo zaintzaileen edozein ekintzaren ondorioz, istripuz gertatutakoak izan ezik, kalte fisikoa edo gaixotasuna eragiten dien hura. Isolatutako ekintza bat edo gertakari errepikarien emaitza izan daiteke eta tratu txar mota honen barnean dago, ingelesez *Shaken Baby Syndrome* (SBS) deritzona, hau da, Haur Astinduaren Sindromea (Walls, 2006; CDC, 2010; Stewart et al., 2011).

Estatu Batuetako Centers for Disease Control and Prevention-ek (CDC) era honetara definitzen du sindrome hori: ume jaioberri batek edo bost urte baino gutxiago dituen haur batek astindu bortitz edo inpaktu sendo baten ondorioz, garunean edo garun barruko edukian jasaten duen lesioa (CDC, 2013). Arrazoi desberdinak direla bide, heldu batek haurra sorbalda, beso edo oinetatik hartu eta astindu egiten du. Astintzeak, azelerazio eta desazelerazio mugimenduen ondorioz haurraren burua aurretik atzera oszilatzea dakar (Goulet et al., 2009; Quintero eta Romero, 2009). Mugimendu honetan sortutako indarrak, garun barneko egituretara transmititu eta arnas gelditze bat eragitera hel daiteke. Apnea egoera horren ondorioz, gorputzeko oxigenazio maila, batez ere garunekoa, jaitsi egiten da eta, kasu askotan, itzulezinak diren lesio hipoxiko-iskemikoak sortzen dira (Walls, 2006; Quintero eta Romero, 2009).

Terminoaren inguruko definizioak

Maila zientifikoan gehien erabiltzen den terminoa *Shaken Baby Syndrome (SBS)* izan arren, 2009. urtean Amerikako Pediatria Akademiak, horren ordean ingelesezko *Abusive Head Trauma (AHT)* terminoa erabiltzea gomendatu zuen (AAP, 2009). SBS-k ez bezala, termino horrek sindromearen aurkezpen klinikoak, aurkitze erradiologikoak eta ondorioak barnebildu eta sindromearen definizio zehatzagoa ematen du. Bi urte beranduago, 2011. urtean, Ingalaterrako eta Galeseko Koroako Fiskaltza Orokorrak, SBSren ordean *Non Accidental Head Injury (NAHI)* edota garun lesio traumatiko terminoaren erabilera hobetsi zuen (The Crown Prosecution Service, 2011).

Gaur egun, terminologiari dagokionez, eztabaida ugari dago eta artikulua zientifikoaren edota informazio iturriaren arabera, definizio bata zein bestea erabiltzen da (Frasier et al., 2014; Hinds et al., 2015). Definizio horiek guztiak sinonimotzat hartzen direnez, lan honetan zehar erabiltzeko *Haur Astinduaren Sindromea* terminoa aukeratu da aurrez aipatutako hiru terminoen artean erabiliena eta ezagunena baita.

Haur Astinduaren Sindromearen intzidentzia

Haur Astinduaren Sindromeaz diagnostikatutako haurrek, istripuz gertatutako garun lesioak jasan dituzten haurrekin alderatuz gero, hiltzeko bost aldiz probabilitate handiagoa izaten dute (Barr, 2014). Gainera, zeinu eta sintomak ez dira beti agerikoak izaten. Hori dela eta, askotan diagnostikatzea zaila izaten da, ez da diagnostikatu edota diagnostikatu den kasu batzuetan gaizki egiten da (Frasier et al., 2014). Sindrome hau duten haurren heren bat izaten da hasiera batean txarto diagnostikatu. Honek, lesioa berriz agertzeko arriskua igotzen du eta konplikazio medikoak agertzea dakar (Barr, 2014; Hinds et al., 2015).

Zentralizatutako erregistro edota estatistika irmorik ez dagoenez, Haur Astinduaren Sindromearen inguruko datuak estimazio bat besterik ez dira (CDC, 2010). Populazioaren arabera zifrak aldatu arren, urte bat baino gutxiago duten haurretan intzidentzia tasa 100.000 haurretatik 14-40 haurretakoa dela estimatzen da (Quintero eta Romero, 2009; Hinds et al., 2015). Zelanda Berrian esaterako, 100.000 laktantetatik 14.7-19.6koa zela ikusi zuten sindrome honen intzidentzia (Kelly eta Farrant, 2008) eta Karolina iparraldean 100.000 haurretatik 17 izan ziren tratatu txarren ondoriozko garun lesioz diagnostikatuak (Keenan et al., 2003). Europa mailan, Estonian egindako ikerketa batean, 1997. urtetik 2003. urtera bitartean haurren garun lesio ez traumatikoak izateko intzidentzia tasa 100.000 haurretatik 28.7koa zela ikusi zen. Urte bat baino gutxiago zuten haurrak ziren guztiak (Talvik et al., 2006). Eskozian egindako beste ikerketa batean ere, antzeko datuak lortu ziren. Urte bat baino txikiagoetan 100.000 haurretatik 24.6koa zen tratatu txarren ondoriozko garun traumatismoak izateko intzidentzia tasa (Barlow eta Minns, 2000). Mundu mailan honen gaineko informazioa, hala nola, prebalentzia eta intzidentzien gaineko zenbait datu egon arren, gure inguruan, ez dago sindrome honen inguruko informazio edo protokolo zehatzik osasun arazo hau pairatzen duten haurren kasuak detektatzeko.

Momentuko egoera

Aurrez aipatu bezala, Haur Astinduaren Sindromea osasun publikoko arazo larri bat da. Arlo ezberdinetan eragin eta hainbat ondorio sortzen ditu (CDC, 2010; CDC, 2013; Allen, 2014; Barr, 2014).

Alde batetik, haurrengan eta hauen ingurukoengan eragiten du. Haurrei dagokienez, euren garapen fisiko, sozial eta psikologikoan izaten du eragina. Gaitz konplexua eta aldakortasun handikoa izanik, astindua izan diren haurrez gain euren familietan ere, maila ezberdinetan, ekonomikoan, psikologikoan etab.ean eragin eta inpaktu handia sortzen duela adierazten den arren, ez da ondorio hauek zeintzuk diren ebidentzian jartzen duen informazio zehatzik (CDC, 2010; Allen, 2014; Barr, 2014).

Haurren eta euren senitartekoez haratago, arlo klinikoan ere eragina du sindrome honek. Lehen Mailako Atentzio Pediatrikoetan, denbora, gastu eta errekurtsio asko kontsumitzeaz gain, haurren ospitaleratze eta ospitalerako bisitak gehitzeko arrazoi ere badela ikusi da (Walls, 2006). Horrez gain, bestelako alderdi batzuen inplikazioa ere eskatzen du, besteak beste, alderdi mediko, sozial, legal eta ekonomikoak aipa daitezke (CDC, 2010; CDC, 2013; Allen, 2014; Barr, 2014).

Haurren segurtasuna arriskuan jartzen duen fenomeno bat denez, ezinbestekotzat jotzen da osasun profesionalek gai honen inguruko ezagutza edukitzea. Azken finean, astintzearen biktima izan ostean, osasun arloko profesionalekin harremana izango dute haur horiek. Hori dela eta, osasun profesionalei dagokienez, astindua izan den haur batek izan ditzakeen manifestazioak antzematen jakitea lagungarria izango da osasun arazo honi aurre egin ahal izateko (Hinds et al., 2015).

Astindua izan den haurraren lesioetariko batzuk itzulezinak direla kontuan hartuta, arlo klinikoan baino gehiago detekzioan eta prebentzioan egin beharko da lan. Zeregin horien barnean, beste osasun profesional batzuekin batera erizaintzako profesionalak egongo dira eta berebiziko papera jokatu dute (CDC, 2010; Hinds et al., 2015). Modu honetan, erizaintzako profesionalei lotuta, detekzio, prebentzio eta deribazio lana egiteaz gain, hezkuntza eta ikerketa arloan jardutea beharrezkoa dela ikusten da. Azken bi eremu hauetan lan egitea lagungarria litzateke sindrome honen kasu gehiago detektatu, informazioa eguneratu, prebalentzia eta intzidentzien gaineko datu zehatzak eskuratu eta etorkizun batean protokolo eta gida egokiak garatzeko. Ikerketen bidez, erizaintzako profesionalek sindrome honetan dituzten rol eta eginkizunak zehaztea ez ezik, hauen lana erraztu eta protokolizatzea lortuko litzateke.

2. Ikerketaren helburuak

Haur Astinduaren Sindromearen detekzio eta prebentzio neurriak egokiak izan daitezen, interesgarria eta zentzuzkoa litzateke, gizarte mailan zein osasun sisteman honen inguruko ezagutzak zabaldu eta helaraztea.

Ikerketa lan honen helburua, berrikuspen bibliografiko bat burutzea izan da, osasun arazo honen gaineko hausnarketa eginez eta prebentzioan modu egokian lan egin ahal izateko informazioa eguneratuz.

Horretarako, honako helburu hauek zehaztu dira:

- 1) Haur Astinduaren Sindromearekin erlazionatzen diren arrisku faktore garrantzitsuenak deskribatzea.
- 2) Astintze horrek haurrengan nolako inpaktua duen identifikatzea; ondorio fisiko eta psikologikoak aztertuz eta aurkikuntza klinikoetan eta sintomatologian zentratuz.
- 3) Erizainek sindrome honetan dituzten rol eta eginkizunak aztertzea.

3. Ikerketaren muina

Berrikuspen bibliografiko honen helburuei erantzuteko asmoz, 2015eko urritik 2016ko apirilera bitartean, bilaketa bibliografiko ezberdin bi burutu ziren. Alde batetik, bilaketa orokor bat egin zen gaia aztertu eta finkatzeko. Bestalde, berrikuspenerako artikuluak lortzeko, bilaketa zehatzago bat egin zen Pubmed, Web of Science, Scopus, Cochrane eta Lilacs datu baseetan. Bigarren bilaketa zehatzago honetan helburuen arabera hitz gako garrantzitsuenak identifikatu ziren eta hiru estrategia erabiliz burutu zen, ondoren azaltzen den bezala. Hiru estrategietarako erabili ziren “shaken baby syndrome [MeSH]” eta “abusive head trauma” hitz gakoak. Lehenengo estrategiarako, bi hitz gako horiez gain,

“risk factors [MeSH]” hitz gakoa erabili zen. Bigarren estrategiarako, horiez gain, “outcomes” hitz gakoa izan zen erabili zena eta hirugarren estrategiarako, hitz gako horiez aparte, “prevention [MeSH]”, “education [MeSH]” eta “nursing [MeSH]” izan ziren erabilitakoak. Onartze eta bazterte irizpide sistematikoak kontuan hartu ostean, 17 artikulua eta bi gida kliniko aukeratu ziren. Onartze irizpideak ondorengo baldintza hauetara mugatu ziren; datari dagokionez, 2003. urteaz geroztik argitaratutakoa izatea; hizkuntzari dagokionez, ingelesez edo gaztelaniaz idatzita egotea eta ikerlan motari dagokionez, ikerketa zientifiko, entsegu kliniko, ebidentzian oinarritutako artikulua edo praktika klinikorako gida izatea. Baldintza horiek bete ez zituzten ikerlanak, baztertu egin ziren. Hautatutako ikerlanekin gaia landu zen.

Jasotako emaitza nagusiak hiru ataletan laburbildu dira proposatutako helburuei erantzuteko asmoz. Lehenik eta behin, haur bat astintzera eramaten duten arrisku faktoreak eta eragileak zeintzuk diren aztertu da; bigarrenik, sindromeak haurraren eragiten dituen ondorio fisiko eta psikologiko garrantzitsuenak deskribatu dira, hala nola sortarazten duen klinika eta sintomatologia; eta azkenik, erizainek prebentzio estrategietan betetzen duten funtsezko papera aztertu da.

3.1 Haur Astinduaren Sindromearekin erlazionatzen diren arrisku faktoreak

Lehen atalari dagokionez, Haur Astinduaren Sindromearen arrisku faktoreak guraso, haur eta ingurunearekin erlazionatzen direla deskribatu da.

Gurasoekin erlazionatzen diren arrisku faktoreak, esperientziarik eza, guraso bakarra izatea edota espektatiba irrealak edukitzea dira (Walls, 2006; CDC, 2010; CDC, 2013). Arrisku faktore horiek aztertzen hasiz gero, hauen oinarrian, guraso edo zaintzaileen estres egoeren aurreko maneiu okerra dagoela ondorioztatu daiteke. Alderdi psikologikoan estresari aurre egiteko tresna nahikoa ez izateak, egunerokotasuneko zenbait egoeren aurrean gehiegizko eta kasu askotan ulertezina den erantzun bat ematera eramaten du. Kasu honetan haurraren negar kontsolaezinaren edota ezgaitasunekin jaio diren haurren aurrean edukitzen diren jokaerak izaten dira horrelakoak. Haur Astinduaren Sindromearen horrelako kasuetan, haurra astintzeko arazoien artean ez da inozentzia eta ezjakintasuna egongo, baizik eta, sarritan, arazo psikologikoak.

Haurrekin erlazionatzen diren arrisku faktoreak edota haur bat astintzera eramaten duten eragile nagusiak, negar jasanezina eta honek gurasoen aurrean sortzen duen estresa direla baieztatu da. Aztertutako artikulua gehienak bat datoz esatean sindrome honen arrisku faktorerik garrantzitsuenak haurren negar kontsolaezina (Walls, 2006; CDC, 2010; CDC, 2013; Allen, 2014; Barr, 2014; Hinds et al., 2015), honek gurasoei eragiten dien estresa (Walls, 2006; CDC, 2010; CDC, 2013; Barr, 2014), haurrak urte bat baino gutxiago izatea (Walls, 2006; CDC, 2013; Allen, 2014; Hinds et al., 2015) eta biktima zein erasotzailea generoari dagokionez gizonetzkoa (Walls, 2006; CDC, 2010; CDC, 2013; Allen, 2014) izatea direla.

Ingurunearekin eta erasotzailearen perfilarekin erlazionatzen diren arrisku faktoreen artean, besteak beste, substantzia toxikoak kontsumitzea, etxeko indarkeria jasan izana, tratu txarren biktima izan izana, maila sozioekonomiko baxua izatea eta laguntzen gabezia pairatzea daude. Faktore hauetariko asko aldatu edo moldatzeko zailak direla ikusi da (Barr, 2014). Arrisku faktore hauek estresarekin duten erlazio zuzenaz gain, normalean erasotzailearen perfila konkretua izan ohi dela deskribatzen dute. Kasu askotan tratu txarren biktimak izan diren haurrak gero erasotzaileak izaten direla ikusi da aztertutako ikerlanetan (Walls, 2006; CDC, 2010; CDC, 2013).

3.2 Haur Astinduaren Sindromearen ondorio fisiko eta psikologikoak, aurkikuntza klinikoak eta sintomatologia

Bigarren atalari dagokionez, aztertu ziren ikerketa gehienak bat datoz esatean epe luzera sindrome honek ondorio benetan larriak ekar ditzakeela baina desadostasun ugari ere badaude, eta ikerketa gehiagoren beharra antzematen da arlo honi dagokionez (Walls, 2006; Allen, 2014; Barr, 2014; Hinds et al., 2015; Samaha et al., 2015). Autore batzuek astindua jasan duten haurren herena hil egingo dela adierazten duten bitartean (Walls, 2006; Deyo et al., 2008; Samaha et al., 2015), Centers for Disease Control and Prevention-aren gidetik haur horietatik laurdena izango dela hilko den haurren kopurua adierazten dute (CDC, 2010; CDC, 2013).

Sindrome honek haurraren duen inpaktua zein den ezagutzeko, ondorio fisiko eta psikologikoak, aurkikuntza klinikoak eta sintomatologia aztertu ziren.

Ondorio fisikorik aipatuena ondorio neurologikoak (Walls, 2006; Goulet et al., 2009; Stewart et al., 2011; Hinds et al., 2015; Samaha et al., 2015), ikusmen arazoak (Stewart et al., 2011; Hinds et al., 2015; Samaha et al., 2015) eta ondorio kognitiboak (Goulet et al., 2009; Stewart et al., 2011; Hinds et al., 2015; Samaha et al., 2015) dira.

Aurkikuntza klinikoei dagokienez, autore gehienek bereizgarrienak erretinako hemorragia, hezur luzeen hausturak eta hematoma subduralak direla baieztatzen dute (Quintero eta Romero, 2009; Lopes et al., 2013; Nadarasa et al., 2014).

Sintomatologiari erreferentzia eginez, haurren %91k astinduak izan eta berehala sintomatologiaren bat adierazten dutela deskribatu da (Hinds et al., 2015). Kalte gutxi jasaten duten haurraren, sintoma arinak agertzen dira oro har, haurtzaroko gaixotasun ohikoenen sintoma komunekin nahas genitzakeenak (Walls, 2006). Esaterako, lo-patroia aldatzea, haurra esnatzeko ezintasuna, oka egitea, konbultsioak edo atakeak izatea, suminkortasuna, negar kontsolaezina edota bularra emateko edo jateko ezintasunak (Walls, 2006; Quintero eta Romero, 2009; CDC, 2010; CDC, 2013). Sindromearen kasu larrietan ordea, haurraren erantzun gabezia, kontzientzia galera, arnas arazoak (arnasketa irregularra edo ez arnastea), bradikardia, garun zirkunferentzia handia, hipotermia, fontanela abonbatuak eta pulsu gabezia eragin dezake (Walls, 2006; CDC, 2010; CDC, 2013).

Ondorio psikologikoei dagokienez, Haur Astinduaren Sindromea jasan duten haurrek, beharrezkoa izaten dute jarraipen psikiatriko bat eta sarritan psikoterapia jasotzen dute (Lind et al., 2016). Haur gehienak, jokabideari dagozkion ondorioak ere izaten dituzte, hauen artean, suminkortasuna, inpulsibitatea, frustrazioarekiko intolerantzia, asaldura eta amorrualdi kasuak dira aipagarrienak (Allen, 2014; Hinds et al., 2015; Lind et al., 2016).

Hala ere, zeinu eta sintomak ez dira beti agerikoak izaten. Hau dela eta, sindrome honen diagnostiko zailtasunek kasu asko ez detektatzea ekartzen dute eta kasu batzuk soilik detektatzeak, diagnostikoan aurrera egitea zailtzen du (Stewart et al., 2011). Hori horrela izanik, zailtasunak daude gaur egun aurretik aipatutako aurkikuntzak benetan haur astinduaren ondorioz edota istripu traumatiko baten ondorioz gertutakoak diren esaterako orduan (Quintero eta Romero, 2009; Hinds et al., 2015).

Sindrome honek haurraren ez ezik, gurasoengan ere ondorio ugari ekarriko dituela pentsatu arren, ez da hau ebidentzian jartzen duen informazio zehatzik aurkitu (Allen, 2014; Hinds et al., 2015; Lind et al., 2016).

3.3 Erizaintzaren rola eta eginkizunak

Azken atalari dagokionez, osasun alorreko profesionalak, erizaintzakoak barne, astinduak izan diren haurrekin eta hauen senitartekoekin harremana izaten dutenez, arrisku egoerak detektatzeko eta prebentzio jarduerak burutzeko orduan aldeko posizio batean egoten direla deskribatu da aztertutako ikerlanetan (Walls, 2006; Quintero eta Romero, 2009; Allen, 2014; Samaha et al., 2015). Erizaintzako profesionalak erreferentzia eginez, horien lana gehienbat prebentzioan zentratzen dela azpimarratu beharra dago (Quintero eta Romero, 2009; Allen, 2014). Horrek, sindrome honen aurrean funtsezko zeregin bat betetzen dutela adierazten du. Hala ere, prebentzioaren barruan, detekzioa, deribazioa eta prebentzioa bera desberdintzea garrantzitsua da.

Samaha eta taldekideek adierazten duten moduan, detekzio lana erizaintzako profesional guztiek egingo duten arren, zeregin horretan larrialdi zerbitzuetako eta pediatriako erizainen lana izango da garrantzitsuenetakoa (Samaha et al., 2015).

Prebentzioari dagokionez, honako hau gehienbat lehen mailako arretako erizainek eta pediatriako kontsultetakoek egiten dutela deskribatu da (Walls, 2006; CDC, 2013). Honela, prebentzioaren barruan, erizain profesionalen funtzioei dagokienez, osasun hezkuntza egitea berebizikoa da. Hala ere, garrantzitsua da aipatzea kasu honetan prebentzio lana ez dela populazio osoa heztean oinarritzen, baizik eta pertsona egokiei une egokian sindrome honen inguruko informazioa ematea dela (Dias et al.,

2005). Detekzioa egin ostean, jada arazoa agertzean, horren tratamenduan parte hartu beharko da, beharrezkoak diren sendaketak eginez. Kasu batzuetan, deribazioa egitea ere beharrezkoa izango da. Oro har, modu multidisziplinari batean jardun beharko da, sendagile, psikologo, gizarte langile, eta abarrekin.

Lehen mailako prebentzio estrategien barruan, osasun programak aipatzea beharrezkoa da. Aztertu ziren ikerketa gehienek garrantzitsutzat hartzen dute osasun programa hauen ebaluazioa egitea, euren inpaktua aztertzeke eta lehen mailako prebentzioa egiten jarraitzea beharrezkoa den edo ez ikusteko (Deyo et al., 2008; Fujiwara et al., 2012).

Kasu gehienetan, emagin edo eta neonatologiako erizainek jorratutako osasun programak izaten direla ikusi da (Deyo et al., 2008). Gurasoen partetik oro har, %93-%98k emandako informazioa erabilgarria izaten dela adierazi dute burututako ikerketa ezberdinetan (Dias et al., 2005; Deyo et al., 2008; Goulet et al., 2009; Stewart et al., 2011). Interbentzio gehienak erizaintzako profesionalak zuzendutakoak izatea, hauen ardurapean egotea eta gurasoen aldetik harrera ona jasotzea seinale onak dira.

Interbentzioetan parte hartu duten gurasoek kontrol taldekoekin konparatuz gero, informazioa azaltzeko eta negarraren gaineko ezagutza eta estresari aurre egiteko teknikak burutzeko gaitasun gehiago erakusten dutela behatu da (Barr et al., 2009; Fujiwara et al., 2012). Aurre egiteko teknika horiei dagokionez, artikuluen artean adostasunik egon ez arren, gehien aipatzen direnak honako hauek dira: haurra ohean jarri eta gelatik ateratzea (Goulet et al., 2009; Meskauskas et al., 2009), familiako kide edo lagun bati deitzea laguntza eske (Deyo et al., 2008; Goulet et al., 2009; Meskauskas et al., 2009) eta paseo bat ematera irtetea (Deyo et al., 2008; Goulet et al., 2009). Hauez gain abestea, musika jotzea, elikatzea, meditazioa (Deyo et al., 2008) edota laguntzarako telefono-zenbakira deitzea (Meskauskas et al., 2009) bezalakoak ere aipatzen dira.

Artikuluen artean, zenbait limitazio ere aurkitu ziren. Ezagutza eta jarrera aldatzea gehienak amei soilik zuzendutakoak ziren eta erasotzaileak kasu gehienetan generoz gizonezkoak izaten direla deskribatu da (Fujiwara et al., 2015). Horrez gain, programa askotan ez zen interbentzio aurretiko ezagutza aztertzen eta horrek ez zuen interbentzioaren eraginkortasuna aztertzeke aukerarik ematen (Goulet et al., 2009). Detekzioari dagokionez, kasu askotan aurkitzen diren zailtasunak, kasu soilak ez detektatzera eramaten dute. Stewart eta taldekideek adierazten dute detekzioa tratatu txarretan aditua den langile batek egin arren, beti geldituko dela kasu soilen bat (Stewart et al., 2011). Honela, kasu askotan, ezin da ziurtasunez programa intzidentzia tasaren murrizketaren arrazoia izan den edo ez adierazi.

4. Ondorioak

Haur Astinduaren Sindromearen arrisku faktoreak hurrekin, gurasoekin eta ingurumenarekin erlazionatuta daude. Gurasoekin erlazionatutako artean, hauen esperientziarik eza, guraso bakarra izatea eta espektatiba irrealak edukitzea dira aipagarrienak. Hurrekin erlazionatutako arrisku faktorerik garrantzitsuenak negar kontsolaezina, honek gurasoei sorrarazten dien estresa, haurrak urte bat baino gutxiago izatea eta biktima zein erasotzailea generoari dagokionez gizonezkoa izatea dira. Erasotzailearen perfilarekin eta ingurumenarekin erlazionatutako arrisku faktoreen artean, substantzia toxikoak kontsumitzea, etxeke indarkeria jasan izana, tratatu txarren biktima izan izana, maila sozioekonomiko baxua eta kanpo laguntzen gabezia daude. Arrisku faktore horietako batzuk prebenigarriak izan daitezke.

Sindrome honek ondorio fisiko eta psikologiko zuzenak eta larriak dakartza. Ondorio fisikoan artean, ondorio neurologikoak, ikusmen arazoak eta ondorio kognitiboak daude. Hauek, aurkikuntza kliniko zehatzekin eta sindromearen zeinu eta sintoma arin zein larriekin erlazionatzen dira. Ondorio psikologikoei dagokionez, ikerketa gehiago beharrezkoak dira ondorio argiagotara ailegatzeko.

Erizainaren rola detekzioa, prebentzioa eta deribazioa egitean oinarritzen da. Detekzioa egin ahal izateke beharrezkoa da sindromearen klinika eta sintomatologia ezagutzea. Prebentzioa ordea, taldean lan egitearekin eta hezkuntzarekin erlazionatuta dago.

Erizaintzaren arloan, hutsune bat antzematen da eta beharrezkoa ikusten da gaiaren inguruan gehiago ikertzea. Detekzioa egin ahal izateko protokoloak eta eraginkortasun maila altua duten osasun programak garatzea ezinbestekoa da osasun arazo honi modu eraginkorrean aurre egin ahal izateko.

5. Etorkizunerako planteatzen den norabidea

Sindrome honen inguruko bibliografia nahiko eskasa dela aipatzea garrantzitsua da, erizain profesionalak parte hartu eta zuzendutako osasun programak eta interbentzioak oso eskasak izanik. Horrez gain, ikerketeta gehienak, EEBBtan burututakoak direla ere aipatu beharra dago, agian sindromeak herrialde horretan duen prebalentzia altuagatik.

Erizaintzaren arloan, gaiaren inguruan gehiago ikertzea beharrezkoa ikusten da, alde batetik, agertzen diren desadostasunak argitu eta hutsuneak hobetzeko asmoz. Hauen artean, sindromearekin erlazionatzen diren sintomatologia eta ondorio psikologikoak dira batez ere desadostasun edo hutsune gehien dauden atalak. Bestetik, osasun arazo hau pairatzen duten haurren kasuen detekzioa egin ahal izateko gure ingururako baliogarriak diren osasun programa protokolizatuak garatzea ere beharrezkoa ikusten da osasun arazo honi modu eraginkorrean aurre egin ahal izateko. Era orokor batean, osasun profesionaleri eta hauen artean larrialdi edota pediatria bezalako arlo zehatzetan lanean diharduten erizaintzako profesionaleri, formakuntza sendoa eta egokia ematearen beharra nabaritzen da detekzioan eta prebentzioan, modu egokian lan egin dezaten.

Era berean, erizaintzako funtzioen artean osasun hezkuntzaren garrantzia azpimarratzea ezinbestekoa da. Honela, familien artean, interbentzio programetan frogatutako eta eraginkorrak diren gomendioak eta aholkuak sustatzearen beharra dago, gurasoak biak barnebilduz, ez soilik ama.

Mundu mailan gaiaren gaineko informazioa eguneratua egotea seinale ona da, honen gainean adituek ikertzen dihardutela adierazten baitu. Halere, aipatutako hutsune eta informazio gabeziari dagokionez, gehiago ikertzearen beharra dago, batez ere gure inguruan. Erizaintzako profesionalen ikuspegitik, detekzio eta prebentzio lanetan betetzen duten funtsezko papera ikusita, beharrezkoa ikusten da ikerketa gehiago burutzea, informazio gehiago eskuratu, osasun programa eta protokolo egokiak diseinatu, hala nola, eraginkorrak diren interbentzioak garatu eta frogatu ahal izateko. Gure ingurunean antzematen diren hutsuneak hobetzeko asmoarekin, eremu honetan ikertzeak berebiziko garrantzia dauka, erizainak programa eta ikerketa lerroetan arduradunak izatearen garrantzia azpimarratuz.

6. Erreferentziak

- Allen, K.A. (2014). The Neonatal Nurse's Role in Preventing Abusive Head Trauma. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 14(5), 336-342.
- American Academy of Pediatrics [webgunea]. (2009). [sarrera 2015eko abenduaren 5a]. Abusive Head Trauma: A New Name for Shaken Baby. Eskuragarri: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/Abusive-Head-Trauma-A-New-Name-for-Shaken-Baby-Syndrome.aspx>
- Barlow, K.M. eta Minns, R.A. (2000). Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*, 356(9241), 1571-1572.
- Barr, R. G. (2014). Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatric radiology*, 44(4), 559-564.
- Barr, R.G., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N., Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 180(7), 727-733.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). A Journalist's guide to shaken baby syndrome; a preventable tragedy. Atlanta.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). Preventing shaken baby syndrome; a guide for health departments and community-based organizations.
- Deyo, G., Skybo, T., Carroll, A. (2008). Secondary analysis of the “Love Me... Never Shake Me” SBS education program. *Child abuse & neglect*, 32(11), 1017-1025.
- Dias, M.S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., Shaffer, M.L. (2005). Preventing Abusive Head Trauma Among Infants and Young Children: A Hospital-Based, Parent Education Program. *Pediatrics*, 115(4), 470-477.
- Frasier, L.D., Kelly, P., Al-Eissa, M., Otterman, G.J. (2014). International issues in abusive head trauma. *Pediatric radiology*, 44(4), 647-653.
- Fujiwara, T. (2015). Effectiveness of public health practices against shaken baby syndrome/abusive head trauma in Japan. *Public health*, 129(5), 475-482.
- Fujiwara, T., Yamada, F., Okuyama, M., Kamimaki, I., Shikoro, N., Barr, R.G. (2012). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome: A replication of a randomized controlled trial in Japan. *Child abuse & neglect*, 36(9), 613-620.
- Goulet, C., Frappier, J.Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A., Boulanger, M. (2009). Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing:JOGNN/NAACOG*, 38(1), 7-21.
- Hinds, T., Shalaby-Rana, E., Jackson, A.M., Khademian, Z. (2015). Aspects of Abuse: Abusive Head Trauma. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 45(3), 71-79.
- Keenan, H.T., Runyan, D.K., Marshall, S.W., Nocera, M.A., Merten, D.F., Sinal, S.H. (2003). A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA*, 290(5), 621-626.
- Kelly, P. eta Farrant, B. (2008). Shaken baby syndrome in New Zealand, 2000-2002. *Journal of paediatrics and child health*, 44(3), 99-107.
- Lind, K., Toure, H., Brugel, D., Meyer, P., Laurent-Vannier, A., Chevignard, M. (2016). Extended follow-up of neurological, cognitive, behavioral and academic outcomes after severe abusive head trauma. *Child abuse & neglect*, 51, 358-367.
- Lopes, N.R., Eisenstein, E., Williams, L.C. (2013). Abusive Head Trauma in Children: A Literature Review. *Jornal de pediatria*, 89(5), 426-433.
- Meskauskas, L., Beaton, K., Meservey, M. (2009). Preventing Shaken Baby Syndrome. A Multidisciplinary Response to Six Tragedies. *Nursing for women's health*, 13(4), 325-330.
- Nadarasa, J., Deck, C., Meyer, F., Willinger, R., Raul, J.S. (2014). Update on injury mechanisms in abusive head trauma – shaken baby syndrome. *Pediatric radiology*, 44(4), 565-570.
- Quintero, D.S. eta Romero, H.R. (2009). Efecto de una intervención educativa dirigida a cuidadores de niños menores de dos años sobre la prevención del síndrome del niño sacudido. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 43-58.
- Samaha, D., Barnard, S., Valdez, A.M. (2015). Handle With Care: Preventing Abusive Head Trauma. *Journal of emergency nursing*, 41(4), 350-352.
- Scribano, P.V., Makoroff, K.L., Feldman, K.W., Berger, R.P. (2013). Association of perpetrator relationship to abusive head trauma clinical outcomes. *Child abuse & neglect*, 37(10), 771-777.
- Stewart, T.C., Polgar, D., Gilliland, J., Tanner, D.A., Girotti, M.J., Parry, N., Fraser, D.D. (2011). Shaken Baby Syndrome and a Triple-Dose Strategy for Its Prevention. *The journal of trauma*, 71(6), 1801-1807.
- Talvik, I., Metsvaht, T., Leito, K., Poder, H., Kool, P., Vali, M., Talvik, T. (2006). Inflicted traumatic brain injury (ITBI) or shaken baby syndrome (SBS) in Estonia. *Acta paediatrica*, 95(7), 799-804.
- The Crown Prosecution Service [webgunea]. (2011). [sarrera 2016ko urtarrilaren 25a]. Non Accidental Head Injury Cases (NAHI, formerly referred to as Shaken Baby Syndrome [SBS]). Eskuragarri: http://www.cps.gov.uk/legal/l_to_o/non_accidental_head_injury_cases/
- Walls, C. (2006). Shaken Baby Syndrome Education: A Role for Nurse Practitioners Working With Families of Small Children. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 20(5), 304-310.