

# Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias

LYDIA SALVADOR SÁNCHEZ, MARÍA RIVAS VILAS, SUSANA SÁNCHEZ RAMÓN

Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España.

## CORRESPONDENCIA:

Susana Sánchez Ramón  
C/ Ciudad de la Habana, 19 - 2º A  
Valladolid, España  
E-mail: sussanchez@ono.com

## FECHA DE RECEPCIÓN:

8-6-2008

## FECHA DE ACEPTACIÓN:

20-6-2008

## CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Los servicios de urgencias son uno de los lugares más accesibles que pueden encontrar las mujeres víctimas de malos tratos para solicitar ayuda, por lo que se detectan cifras altas de violencia doméstica entre las usuarias de estos centros. Consultan por muy diversas causas, será importante estar sensibilizados con el problema para detectarlo precozmente. Los dos aspectos más importantes en la atención urgente a la violencia hacia las mujeres son la detección precoz con las técnicas de anamnesis adecuadas y la valoración del riesgo vital que tiene la paciente antes de ser dada de alta de urgencias. Se recomienda realizar una entrevista dirigida ante la sospecha de malos tratos, conocer y aplicar el protocolo de actuación ante estos casos e informaremos a la paciente de los recursos existentes y trámites a seguir existentes respetando la decisión que tome. [Emergencias 2008;20:343-352]

**Palabras clave:** Violencia doméstica. Servicios de Urgencia. Detección precoz. Riesgo vital.

## Introducción

Los malos tratos contra la mujer por parte de su pareja son un problema mayor de salud pública con proporciones epidémicas. Esta violencia causa serias secuelas físicas, psicológicas y sociales a estas mujeres y sus familias. Se manifiesta como una continua y debilitante experiencia de abuso, asociada a un creciente aislamiento del mundo exterior y a la limitación personal y de accesibilidad a los recursos<sup>1</sup>. Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de una cultura de violencia para resolver los conflictos<sup>2</sup>.

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) son, junto con la atención primaria, uno de los lugares más accesibles que encuentran las mujeres víctimas de malos tratos para solicitar ayuda y se detectan cifras altas de violencia doméstica (VD) entre las usuarias de estos centros<sup>3</sup>.

La OMS ya en 1996 declaró la erradicación de la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública<sup>4</sup>. *American College of Emergency Physicians (ACEP)* define la VD como parte de un patrón de comportamiento de coacción utilizado para establecer y mantener el poder y control sobre la persona con la que mantiene una relación

íntima o conyugal. Estos comportamientos incluirían amenazas o maltrato físico o sexual, abuso psicológico, aislamiento social, privación o intimidación<sup>5</sup>.

En este artículo queremos destacar dos aspectos importantes de la atención urgente a la violencia hacia las mujeres: la detección precoz con las técnicas de anamnesis adecuadas y la valoración del riesgo vital que tiene la paciente antes de ser dada de alta de nuestros servicios. Además mostraremos la gran incidencia y prevalencia de los malos tratos en nuestras pacientes de urgencias y aportaremos una propuesta de algoritmo de actuación en los servicios de urgencias hospitalarias. A nuestros SUH van a acudir los casos más graves de violencia y hemos de tratarlos de la forma más adecuada posible. Y en los casos que revistan menos gravedad inmediata, debemos conocer los recursos a nuestro alcance que más interesen a la víctima en ese momento, sin olvidar que la que va a tomar la decisión última es ella.

## Datos epidemiológicos de la violencia doméstica en los servicios de urgencias

El Consejo de Europa, en su informe "Estudio sobre las medidas y acciones adoptadas por los

Estados miembros del Consejo de Europa" (2006), refleja que el 20-25% de las mujeres de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia física a lo largo de su vida<sup>6</sup>. En nuestro país, la Macroencuesta del Instituto de la Mujer realizada en el 2006 (cuya muestra son más de 20.000 mujeres mayores de edad) cifra el número de mujeres que sufren malos tratos en un 9,6%<sup>7</sup>.

Medir su prevalencia real resulta muy difícil, dado que los datos disponibles suelen subestimar su magnitud. Si nos centramos en cifras procedentes de SUH, la mayoría de los estudios están realizados en Estados Unidos. Así estos trabajos estiman que de un 11,7%<sup>8</sup> a un 35%<sup>1</sup> de las mujeres que acuden a dichos servicios están siendo víctimas de VD (aunque éste no suele ser el motivo de consulta) con una prevalencia acumulada a lo largo de la vida del 21 al 54,2%<sup>5,8,9</sup>. Además reflejan que el 2% de las lesiones agudas en mujeres que se presentan en un SUH son atribuidas a la VD<sup>9-13</sup>, que el 14% de las mujeres que busca atención médica en los SUH, tienen antecedentes de haber sufrido abusos físicos o sexuales durante el último año<sup>10,11</sup> y que del 25%<sup>1</sup> al 81%<sup>10</sup> de las mujeres con intento de suicidio han sufrido en algún momento de su vida VD. También las mujeres maltratadas, buscan atención en los Servicios de Urgencias Psiquiátricos y en Unidades Ginecológicas y Obstétricas, las cifras estadounidenses son de un 25% y de un 8 a un 17% respectivamente. Datos de los servicios obstétricos revelan que en el 40% de los casos, el maltrato comienza durante la primera gestación<sup>10</sup>, que puede contribuir a una depresión que lleve al aborto voluntario<sup>16</sup>. En el Reino Unido la incidencia de violencia de género (VG) en los SUH es del 1,2% y la prevalencia a lo largo de la vida de 22,4%<sup>17</sup>, aunque estudios posteriores la elevan al 34,8%<sup>18</sup>.

No son conocidos los datos de incidencia ni prevalencia en los SUH españoles. Sólo existen algunos trabajos en atención primaria, que nos muestran cifras similares a los países anglosajones, con una frecuencia de malos tratos (ya sean de tipo físico, emocional o sexual y se produjeran en el pasado o por su pareja actual), del 31,5%, y con una asociación clara con una peor salud psíquica y autopercebida<sup>19</sup>.

### **Barreras para el manejo de los malos tratos en los servicios de urgencias**

Desde el sector sanitario tenemos un importante papel en la detección precoz de este grave problema de salud de manera que podamos redu-

cir sus consecuencias y la probabilidad de más abusos<sup>12,20</sup>. Para muchas mujeres maltratadas, el SUH va a ser el primer o único contacto con los profesionales sanitarios<sup>12</sup>. Muchas consultarán por problemas de salud en apariencia banales o no urgentes, pero debemos estar alerta y sospecharlo. La falta de diagnóstico va a conducir a un aumento importante de la morbilidad de estas pacientes, con un aumento de la frecuentación a los SUH de los ingresos y del uso de los recursos de salud ambulatorios; o incluso llegar a la consecuencia más extrema y letal de la VG como es el homicidio de la víctima, de sus hijos o de otras víctimas inocentes<sup>5,12,19,21</sup>. Así, las mujeres maltratadas buscan atención en los servicios de emergencias tres veces más que otras mujeres no maltratadas<sup>13,22</sup>. Existe una fuerte evidencia que el uso de los servicios médicos aumenta con la severidad del asalto físico<sup>13</sup>. Estas mujeres pueden presentarse en los servicios médicos antes de acudir a la justicia a los servicios sociales, por lo que si el abuso es identificado podrán recibir las intervenciones adecuadas para aumentar su seguridad y mejorar su salud<sup>13</sup>.

Las consecuencias, sobre todo psicológicas y sociales del abuso repetido, hacen que estas mujeres tengan muy baja autoestima, sentimientos de culpa y miedo a las consecuencias de la denuncia. Por lo tanto tienen serias dificultades para enfrentarse a su problema. Los apoyos familiares o sociales con los que cuenten van a ser clave para la recuperación y el pronóstico de los casos. Otras causas importantes por las que las víctimas de abuso ocultarán su problema son el miedo a perder a sus hijos, vergüenza, tolerancia de la violencia, no tener conciencia de ser víctimas, dependencia emocional, económica o social del agresor, miedo al rechazo social, esperanza de que la situación cambie, ideas culturales o religiosas, etc.<sup>2,5,10</sup>. Por todo ello, se produce un retraso en la detección, y se calcula que pueden pasar de cinco a diez años hasta que se denuncie el delito<sup>21,23</sup>.

Por otro lado, los profesionales de urgencias tenemos serias barreras para diagnosticar este tipo de problema de salud: una alta presión asistencial, la falta de formación, desmotivación, no conciencia de problema de salud, prejuicios, miedo a ofender o invadir la intimidad de la víctima y/o desconocimiento de los recursos y ayudas sociales<sup>23-25</sup>. Estudios americanos indican que del 55% al 68% de los médicos nunca o raramente preguntan por VD<sup>5</sup>. Así, se estima que sólo se diagnostican un 5-15% de todos los casos<sup>5,8,10,12</sup>. En nuestro país, en el que el personal sanitario puede no estar tan sensibilizado con este tema, probablemente las cifras puedan ser aún menores<sup>24,26</sup>.

Es importante resaltar la responsabilidad de los profesionales de la salud a la hora de sospechar, detectar y notificar las agresiones por malos tratos. No hay que olvidar que es un delito y que según el artículo 262 del la Ley de Enjuiciamiento Criminal estamos obligados a comunicar a la autoridad competente<sup>24</sup>. Actualmente, la Ley Integral contra la Violencia de Género contempla “el deber de los sanitarios en la detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas así como la aplicación de los protocolos sanitarios ante estas agresiones”. (Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género 2004). Para ello es muy importante trabajar en coordinación con otros profesionales e instituciones que nombraremos a lo largo del artículo.

En el año 2007 se ha publicado el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género” del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, donde representantes de las comunidades autónomas y expertos en el tema han llegado a un consenso para la actuación homogénea por parte de los sanitarios, con un apartado específico de atención urgente<sup>25</sup>.

### Detección precoz de los casos de violencia de pareja en los servicios de urgencias

Como hemos mencionado, los SUH son uno de los puntos de entrada en el sistema sanitario por parte de las víctimas de VD. Este contacto puede ser un momento crucial de identificación precoz de la VD<sup>18</sup>. Las víctimas de VD acuden a urgencias por múltiples motivos, y muchas veces no manifiestan el origen real de sus lesiones. Unas veces acuden por las lesiones o problemas de salud como consecuencia de la violencia en sí (lesiones, somatizaciones, crisis de ansiedad o intentos autolíticos entre otros); otras veces son llamadas de atención ante la necesidad de solicitar ayuda. Por lo tanto, hace falta una formación y sensibilización de los profesionales sanitarios ante este problema de salud, para tenerlo en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial en determinadas patologías<sup>24,26</sup>.

#### *Cuándo sospechar malos tratos*

Es difícil sospechar la existencia de malos tratos, aunque existen las denominadas señales de alerta (Tabla 1) y las lesiones asociadas a malos tratos (Tabla 2).

Respecto a estas últimas, no hay lesiones características de VG, dado que son similares a lesiones producidas por otros mecanismos<sup>27</sup>. Algunas

**Tabla 1.** Señales de alerta

- El comportamiento del compañero en el SUH: pendiente de la paciente, a veces contesta por ella, rehúsa abandonar la estancia y a que estemos a solas con la paciente. Ella continuamente mira al compañero como “pidiendo su aprobación”.
- Retraso en la búsqueda de solución al problema por el cuál está consultando.
- Negación a ser explorada más allá de la lesión.
- Múltiples visitas anteriores (por procesos traumáticos o no).
- No coincide la historia que nos cuenta la paciente o acompañante con las lesiones que vemos: no hay concordancia.
- Comportamiento depresivo, ansiedad, intentos autolíticos.
- Lesiones traumáticas no relacionadas con accidentes de tráfico que achacan a accidentes domésticos o caídas fortuitas en el domicilio.
- Intoxicación etílica.
- Abuso de drogas.
- Dolores crónicos recidivantes, lo cual hace que la paciente se convierta en una “hiperfrecuentadora”.
- Estado gestacional.

SUH: Servicio de urgencias hospitalario.

guías incluyen tipología orientativa de lesiones físicas en mujeres maltratadas<sup>1</sup>. El rango de comportamientos incluidos en las lesiones físicas puede ir desde el simple zarandeo, pellizcos, bofetón hasta las relaciones sexuales no deseadas, violación y paliza contundente con resultados graves e incluso mortales (Tabla 2).

Ante la sospecha de malos tratos, en la anamnesis clínica se debe insistir sobre el mecanismo de la lesión e incluso preguntar directamente acerca de la posibilidad de VG. No olvidemos que las agresiones físicas muchas veces se asocian a agresiones sexuales, con lo cual, ante lesiones físicas es importante preguntar por violencia sexual. Otras veces, las mujeres víctimas de malos tratos realizan consultas frecuentes por molestias ambiguas sin datos de patología orgánica, consideradas de cau-

**Tabla 2.** Lesiones asociadas a malos tratos

- Traumatismos faciales.
- Erosiones en cara y cuello.
- Fracturas mandibulares.
- Arrancamiento del lóbulo de la oreja.
- Rotura del tímpano.
- Traumatismos en tronco.
- Traumatismos abdominales.
- Equimosis en diferentes estadios de evolución.
- Lesiones contusas, quemaduras y abrasiones, se describen en relación con la VD.
- Siguen un patrón central y bilateral y hay lesiones en lugares que sugieren posturas defensivas (por ejemplo en los antebrazos).
- Lesiones genitales.
- Molestias ambiguas.
- Intentos autolíticos.
- Lesiones en mujeres embarazadas:
  - Lesiones en mamas, área genital y abdomen.
  - Complicaciones como abortos, partos pretérmino o recién nacidos de bajo peso.
- Los golpes producidos por el agresor sobre el vientre materno pueden conducir a desprendimientos prematuros de placenta (*abruptio* traumático) con resultados de partos prematuros, muerte materna por grave hemorragia interna o rotura uterina.

VD: Violencia doméstica.

sa psicosomática. Es necesario estar alerta ante las crisis de angustia, trastornos de ansiedad y depresión dado que son patologías frecuentes en las pacientes que sufren malos tratos. Los intentos autolíticos son una de las consecuencias graves de la VD y éstos son frecuentes en los SUH. Distintos estudios indican la gran prevalencia de VG en las mujeres que intentan acabar con su vida, por ello creemos que en estos casos se debería preguntar rutinariamente por malos tratos.

### Cuestionarios de cribado

El realizar una historia clínica y un examen físico rutinario puede no ser suficiente para el diagnóstico de VD. Por tanto, surge la pregunta: ¿Se llegaría a un diagnóstico más temprano y correcto realizando un cribado? Si en atención primaria no hay unanimidad respecto a la realización del mismo, en los SUH la controversia es aún mayor. En diversos medios se ha sugerido que el cribado es válido para todas las pacientes que se acuden a un SUH debido a la alta incidencia y prevalencia<sup>28</sup> de la VD. En Estados Unidos el cribado está apoyado por entidades tales como la *American Medical Association*, *American College of Emergency Physicians*, *American College of Obstetrics and Gynecologists*, *American Academy of Family Practice*, *American Academy of Nurse Practitioners y Emergency Nurses Association*<sup>29-31</sup>. Otras asociaciones como es la USPSTF (*U.S. Preventive Services Task Force*) no incluyen el cribado de rutina como recomendación<sup>32</sup>. La organización *Family Violence Preventing Fund*, recomienda el cribado rutinario a las mujeres mayores de 14 años que acuden a un servicio de urgencias<sup>33</sup>.

El cribado es aceptado por la mayoría de las pacientes que acuden a un SUH. De hecho, hay trabajos que reflejan que el 78% de las víctimas de VD están a favor de ser preguntadas por el problema, dado que a menudo ellas no lo hacen de manera espontánea<sup>5,34</sup>. Pero resulta menos claro que el cribado sea aceptado por los médicos y enfermeras<sup>35</sup>.

Existe una amplia variedad de estándares y herramientas posibles para el cribado sin que haya recomendaciones a favor de ninguna en concreto<sup>11</sup>, y ningún test está validado al castellano. En la actualidad, se está tratando de validar los cuestionarios mencionados a los hispano-parlantes. Además, dicho cuestionario de detección debería ir acompañado de protocolos de actuación a fin de poder ayudar a las víctimas de VD.

Para los SUH, por sus características particulares con mucha afluencia de pacientes, poco tiempo, etc., son interesantes los cuestionarios cortos que pregunten directamente sobre dos aspectos:

la VD y la seguridad de la paciente (no podemos olvidar que acude de forma "aguda"). Entre los protocolos existentes para el cribado, creemos que los más adecuados a los SUH son aquellos que consten de pocas preguntas de manera que su realización sea rápida y eficaz. Destacamos los siguientes tres:

A. "Detección Violencia de Pareja" (*The Partner Violence Screen: PVS*) incorpora 3 simples preguntas<sup>3,5</sup>:

1. ¿Ha sido usted golpeada, recibido alguna patada o puñetazo o alguna otra lesión por alguien durante el pasado último año? De ser así, ¿por quién?

2. ¿Se siente usted segura en su relación actual?

3. ¿Se siente usted actualmente insegura por alguna relación previa?

Un sí a cualquiera de las preguntas anteriores es considerado positivo de VD. Con estas 3 sencillas preguntas se pueden cubrir los principales aspectos del despistaje del maltrato: el diagnóstico del maltrato en sí (pregunta 1) y por otra parte la sensación de seguridad de la víctima, lo cual va a ser muy importante para valorar el riesgo que tiene (preguntas 2 y 3). La sensibilidad que tiene dicho test es de un 65-71% respecto a test más largos y completos<sup>5,17</sup>.

B. Un test de *screening* más reciente y dentro de la misma línea de preguntas cortas es el StaT elaborado por Liebschutz y Paranjape<sup>36</sup> presenta una sensibilidad del 97%<sup>5</sup>. Este cuestionario incluye también 3 preguntas:

1. ¿Tiene alguna relación en la cual su pareja la haya pegado o la haya abofeteado?

2. ¿Tiene alguna relación en la cual su pareja la haya tratado con violencia?

3. ¿Tiene alguna relación en la cual su pareja le haya roto, destrozado o tirado cosas?

Estas 3 preguntas incluyen el abuso tanto físico como emocional y es adecuado (por su sencillez y brevedad) para ser llevado a cabo en un SUH, al igual que el PVS. A pesar de que el StaT no pregunta directamente sobre el abuso sexual, este test fue encontrado más sensible para la detección de este problema que las preguntas directas, quizás por la alta coexistencia de abusos físicos-sexuales<sup>5</sup>.

C. En un estudio publicado en el año 2001 realizado en SUH en Nueva York<sup>37</sup>, se utiliza un cuestionario de dos preguntas adaptado de la *American Medical Association Guidelines*<sup>1</sup>:

1. ¿Ha tenido alguna vez algún abuso físico o emocional por parte de su pareja o de alguien importante para usted?

2. ¿Siente actualmente que abusan de usted física o emocionalmente por parte de su pareja o de alguien importante para usted?

Sin embargo, estas cuestiones no han sido validadas pese a ser adaptadas directamente del cuestionario mencionado.

### *Cómo realizar la entrevista clínica con la víctima de malos tratos*

A la vista de todo lo expuesto, no existe consenso en el uso sistemático de cuestionarios estandarizados para ser usados en los SUH, sobre todo cuestionarios en castellano. En nuestro medio se recomienda realizar una entrevista dirigida ante la más mínima sospecha de existencia de malos tratos.

Los SUH se caracterizan por una alta concurrencia, falta de tiempo y espacio y sobre todo falta de intimidad a diferencia de la consulta del médico de atención primaria. Sin embargo, esto no debe impedir que, cuando se sospeche un caso de VD, se realice adecuadamente la anamnesis de dichas pacientes.

La entrevista deberá ir dirigida hacia la lesión o causa de consulta y, si se sospecha preguntaremos directamente por VD. La exploración física debe ser minuciosa en forma y fondo para que no se escapen posibles lesiones asociadas. La actitud emocional también nos va a aportar información. Debemos asegurar la confidencialidad de la paciente, y garantizar la discreción e intimidad de la misma. Debemos creer a la paciente, tomarla en serio. Iremos realizando preguntas dirigidas desde lo general hasta lo concreto del tipo: ¿Qué tal van las cosas en casa? ¿Con quién vive? ¿Tiene problemas con su marido? ¿Con los hijos?... Hasta llegar a preguntar ¿se siente maltratada? ¿Se siente segura en casa? ¿Tiene miedo? ¿La han agredido física o sexualmente? Una vez confirmados los malos tratos, es importante no culpabilizar, respetar sus decisiones e informar de los peligros que corre y de los medios que tiene, como posteriormente discutiremos.

### **Abordaje integral de los casos de violencia de género en los servicios de urgencia**

La situación del maltrato se nos puede presentar de manera directa, porque la víctima acude a urgencias (refiriendo o no malos tratos) o bien por una situación de maltrato derivada a través de otro profesional (médico de atención primaria, médico de urgencias extrahospitalarias).

Puede ser difícil el llegar a diagnóstico de malos tratos, y en ocasiones faltarán elementos para

confirmarlos. Esto, no debe desanimar a los médicos a no mantener una actitud expectante.

Una vez que hemos llegado al diagnóstico de una situación de maltrato, debemos realizar una valoración física sistemática e integral, una valoración básica de su estado psicológico actual (aunque no sea más que una primera aproximación y posteriormente solicitemos una interconsulta a salud mental si es necesario) y de su estado social (actividad laboral, hijos, familiares y amigos cercanos con los que pueda contar, episodios previos de malos tratos, denuncias...)<sup>10</sup>.

El segundo es la valoración de la situación del riesgo vital inmediato (RVI) o peligro extremo<sup>1,2,38</sup> (Figura 1).

**A. RIESGO VITAL INMEDIATO FÍSICO:** Existencia de lesiones físicas que puedan ser causa de compromiso vital para la paciente. Supone un abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato y prioritario al propio diagnóstico de malos tratos o a los otros riesgos vitales psíquico y/o social. Se debe realizar (como en otras lesiones o patologías que puedan suponer riesgo vital):

- Historia clínica y exploración física metódica de las lesiones

- Estabilización y abordaje terapéutico inicial de las lesiones: manejo de paciente politraumatizado.

- Pruebas diagnósticas complementarias que nos confirmen y precisen la gravedad de las lesiones: radiografías, TC, ecografía, analítica... según la sospecha diagnóstica.

- Valorar y solicitar interconsulta/s a otros especialistas: cuidados intensivos, traumatología, cirugía, neurocirugía, cirugía maxilofacial,...

El descartar la existencia de un riesgo vital inmediato físico no descarta la necesidad de ingreso hospitalario o tener que dejar a la paciente en la sala de observación de urgencias, es decir, las lesiones pueden no ser vitales, pero sí lo suficientemente graves para requerir observación o tratamiento especializado (fracturas, traumatismo craneoencefálico leve-moderado,...).

En caso de que la paciente no precise ingreso ni observación en urgencias por las lesiones físicas, hemos de valorar siempre los riesgos vitales psíquico y posteriormente el social.

**B. RIESGO VITAL INMEDIATO PSÍQUICO:** Consiste en valorar el riesgo de suicidio. Todos los casos de maltrato presentan repercusiones psicológicas<sup>39,40</sup>. Haremos una valoración inicial en todos los casos y se realizará siempre valoración por salud mental si existen indicios de RVI psíquico o la causa de acudir al SUH ha sido un intento autolítico. El abordaje deberá ser directo con preguntas sencillas:

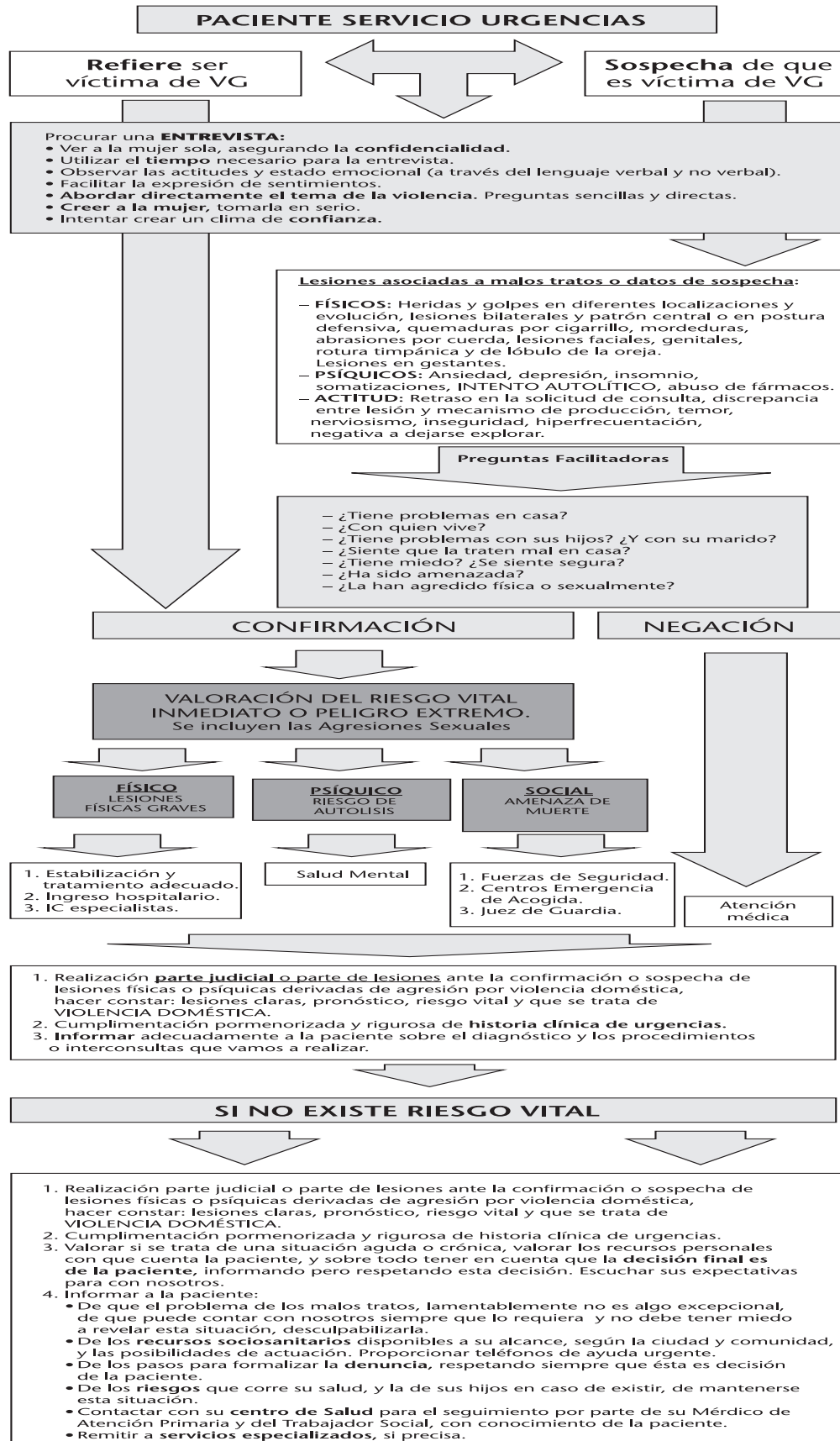


Figura 1. Protocolo de actuación en los servicios de urgencias ante situaciones de violencia de género.

- ¿Ha tenido deseo en algún momento de “tirar la toalla”, de desaparecer”?
  - ¿Ha pensado alguna vez que desearía estar muerta para dejar de tener problemas?
  - ¿Ha pensado en quitarse la vida? ¿Con qué frecuencia?
  - ¿Ha pensado en el modo de hacerlo?
  - ¿Lo ha intentado alguna vez?
  - ¿Tiene armas en casa? ¿En que piso vive?
- ¿Toma algún tipo de medicación?

El riesgo será alto si la paciente declara abiertamente su intención, en caso de que lo tuviera planeado o cuando existen antecedentes previos. Si no existiera RVI, físico ni psíquico, pasaríamos a valorar el riesgo social.

**C. RIESGO VITAL INMEDIATO SOCIAL O PELIGRO EXTREMO<sup>2</sup>:** Está presente cuando existe un riesgo de amenaza de muerte o de nueva agresión grave, aún cuando las lesiones actuales no revistan gravedad. Su valoración es difícil y conflictiva para el personal sanitario, y la estimamos a través de la propia sensación de seguridad de la víctima:

- ¿Tiene miedo de volver a casa? ¿Se siente segura? Su valoración es fundamental y en este caso hemos de adoptar las medidas oportunas.
- ¿Le han amenazado con armas o cuchillos?
- ¿Ha tenido que acudir a urgencias por las heridas que le ha provocado su marido?

Hay que tener en cuenta la existencia de factores de riesgo en el agresor, que puedan desencadenar un ataque brusco: alcoholismo, drogadicción, trastornos psicopatológicos. El riesgo es alto si el agresor ha amenazado con matar a la paciente o a sus hijos y posteriormente suicidarse (suicidio ampliado).

En caso de la existencia de RVI físico se deberá ingresar a la paciente, se procederá del mismo modo en el caso de RVI psíquico (Unidad de Salud Mental). En el caso de existir indicios de riesgo vital social o peligro extremo contactaremos de inmediato con el Juez y con los servicios pertinentes. Podemos contactar con los grupos específicos de atención a la mujer y el menor de las fuerzas de seguridad del estado: Equipo de Atención a la Mujer (SAM) del cuerpo Nacional de Policía o con los Equipos de Mujeres y Menores (EMUME) de la Guardia Civil, que se desplazarán hasta el servicio de urgencias y darán inicio a las medidas de protección, acompañarán a la paciente en caso de emprender acciones legales como la denuncia y darán parte al juez (servicio asistencial integral). Otra opción es contactar directamente (opción que tenemos desde los servicios de urgencia hospitalarios) con los centros de emergen-

cia de la red de asistencia de la mujer a cargo de la Dirección General de la Mujer (en cada comunidad existe un teléfono de emergencia) que valoran las necesidades urgentes y ponen en marcha los recursos necesarios: legales, psicológicos, de asesoría, de vivienda (incluso casas de acogida si fuese necesario el abandono temporal del hogar familiar), ayudas económicas,... para la mujer y los hijos a su cargo menores de 18 años (Tabla 3).

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

Si no existe RVI físico, psíquico, ni social, y previamente al alta domiciliaria, deberemos:

A. En su horario laboral contactar con el trabajador social para que nos ayude e incluso intentar contactar con el médico de familia para informarle de la situación y que realice el seguimiento.

B. Valorar si se trata de una situación aguda o crónica, conocer los recursos personales con que cuenta la paciente, y sobre todo tener en cuenta que la decisión final es de la paciente, informando pero respetando su decisión. Escuchar sus expectativas.

**Tabla 3.** Recursos sociosanitarios a disposición de las víctimas de violencia de género

- 1. ATENCIÓN URGENTE:**
  - Teléfono único de urgencias: 112. Atención 24 horas.
  - Número de emergencias contra la violencia de género: 016. Información y asesoramiento de los derechos y recursos existentes.

En cada comunidad varían los recursos de que se dispone: hay comunidades que poseen asistencia jurídica y psicológica permanente; conviene conocer los recursos con los que contamos en nuestro centro hospitalario.
- 2. CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO:**
  - Servicios de Atención a la Mujer (SAM) de la policía nacional.
  - Equipos de Mujeres y Menores (EMUMES) de la Guardia Civil.
  - Policías Locales y Autonómicas.
- 3. CENTROS DE EMERGENCIA DE LA RED DE ASISTENCIA DE LA MUJER:** Para el ingreso en régimen de acogida la mujer y sus hijos menores a su cargo.
- 4. TRABAJADOR SOCIAL DEL CENTRO HOSPITALARIO.** De gran importancia para la coordinación de los recursos sociales y el seguimiento de las víctimas. Su limitación es no poder contar las 24 horas con este recurso en algunos centros.
- 5. ASOCIACIONES DE VÍCTIMAS DE MALTRATO/CENTROS DE LA MUJER:** Representan un recurso útil en aquellos casos en los que la mujer no presenta un riesgo vital inmediato, ya que le proporciona asesoría y asistencia a nivel psicológico y jurídico. Pueden ser un punto de partida para el reconocimiento de la situación de malos tratos por parte de la paciente.
- 6. OFICINAS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EXISTENTES EN CADA COMUNIDAD.**

C. Informar a la paciente:

- Que la atención que prestamos es continua-da.
- De los recursos sociosanitarios disponibles a su alcance, según la ciudad y comunidad, y las posibilidades de actuación (Tabla 3). Proporcionar teléfonos de ayuda urgente.
- De los pasos para formalizar la denuncia, que no es necesaria para muchos de los recursos existentes.
- De los riesgos que corre su salud y la de sus hijos en caso de existir, de mantenerse esta situación.

D. Remitir a servicios especializados, si precisa de valoración y seguimiento psicológico por el equipo de salud mental o bien de equipos de apoyo psicológico de centros de atención a víctimas o asociaciones.

E. Siempre registrar los hechos, descripción clara y precisa de las lesiones, de las pruebas diagnósticas requeridas, del diagnóstico final y la actitud terapéutica y evolución de/la paciente en la historia clínica.

F. Realización del parte judicial (ver apartado siguiente).

G. Contactar por el medio elegido (teléfono, fax, carta...) con el Equipo de Atención Primaria de la paciente, dado que nuestra intervención se va a limitar la mayoría de las veces a un contacto puntual, y es el Médico de Atención Primaria el que se va a hacer cargo de la paciente.

## Cómo y cuándo realizar el parte de lesiones o parte judicial

En casi todos los SUH españoles existen los llamados partes de lesiones para casos de VD que equivalen a un parte judicial y a la historia clínica. Se diferencia de un parte judicial en que tienen más apartados específicos como la valoración del estado emocional de la víctima o un dibujo anatómico para facilitar el registro de todas las lesiones. Constan de varias copias una para la historia médica, otra para la paciente y otra para el juzgado. Además, consta claramente que la causa de las lesiones es la VD, con lo que se tramitará por un Juzgado de Violencia Doméstica que es más rápido y en algunos casos especializado en este tipo de procesos. La realización de este parte judicial es controvertida<sup>41</sup>, ya que hay determinadas circunstancias en que podría suponer un riesgo para la seguridad de la mujer. Siempre es necesario informar a la mujer de su realización y de que se pondrán en contacto desde el juzgado con ella para corroborar los datos.

Según la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG se establece que en los protocolos de actuación sanitaria se debe hacer referencia expresa a la relaciones con la Administración de Justicia en caso de constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionadas por estas agresiones o abusos. Por otra parte, como ya se ha comentado la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece la obligatoriedad de los profesionales de denunciar (con parte de lesiones) si existe conocimiento de un delito público.

En el protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género<sup>2</sup> se recomienda que en aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos o psíquicos (no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones), se comunique dicha situación a la Fiscalía, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar o ampliar, cuál es la situación procesal adecuada.

En el caso de que la paciente sea derivada por otro médico de familia, tenemos que rellenar también el parte judicial pese a que lo hayan podido realizar previamente. Es preferible la duplicidad de partes a la no existencia de ninguno.

El parte judicial o de lesiones ha de realizarse cuidadosamente, con letra y presentación claras, y debe describir minuciosamente las lesiones y el tratamiento aplicado, ya que será de mucha ayuda para la mujer a la hora de realizar la denuncia y acceder a los recursos sociales que precise.

## Algoritmo de manejo de los casos de violencia de género en los servicios de urgencias

En la Figura 1 se esquematizan los diferentes pasos de actuación, dependiendo de las situaciones con la que nos encontremos, para actuar ante una mujer víctima de VG.

## Bibliografía

- 1 Flitcraft A, Hadley S. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Chicago: American Medical Association; 1992.
- 2 Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
- 3 Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton LL,



- Lowenstein SR, Abbott J. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. *JAMA* 1997;277:1357-61.
- 4 World Health Assembly (WHA). Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution). WHA, 25 de mayo de 1996 (Sixth plenary meeting, Committee B fourth report. 3rd ed.).
  - 5 Director TD, Linden JA. Domestic Violence: an approach to identification and intervention. *Emerg Med Clin N Am* 2004;22:1117-32.
  - 6 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer.
  - 7 Instituto de la Mujer (2006): III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres.
  - 8 Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic Violence Against Women. Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. *JAMA* 1995;273:1763-7.
  - 9 Abbott J. Injuries and Illnesses of Domestic Violence. *Ann Emerg Med* 1997;29:781.
  - 10 Salber PR, Taliaferro EH. Violencia Doméstica. In: Tintinalli J-E, Kellen G, Stapczynski J.S., editors. *Manual de Medicina de Urgencias*. 5ª ed. Mexico DF: Mc Graw-Hill Interamericana. 2001; p. 2229-33.
  - 11 Anglin D, Sachs C. Preventive care in the Emergency Department: Screening for Domestic Violence in the Emergency Department. *Acad Emerg Med* 2003;10:1118-27.
  - 12 Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, Nah G, Glass N, McLoughlin E, et al. Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments. *JAMA* 1998;280:433-8.
  - 13 Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
  - 14 Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health* 2006;6:238.
  - 15 Collado Paña SP, Villanueva Egan LA. Relationship between familiar violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:259-67.
  - 16 Taft AJ, Watson LF. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health* 2008;8:75.
  - 17 Boyle A, Todd C. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 2003;20:438-42.
  - 18 Sethi D, Watts S, Zwi A, Watson C, McCarthy C. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emerg Med J* 2004;21:180-4.
  - 19 Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola-Castaño J, Brun López-Abisab S. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria* 2004;34:117-27.
  - 20 García-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.
  - 21 Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):182-8.
  - 22 Kothari C, Rhodes K. Missed Opportunities: Emergency Department Visits by Police-Identified Victims of Intimate Partner Violence. *Ann Emerg Med* 2006;47:190-9.
  - 23 Fernández Alonso C, Herrero Velásquez S, Cordero Guevara JA, Madereuelo Fernández JA, González Castro ML. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). *Aten Primaria* 2006;38:168-73.
  - 24 Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias* 2002;14:224-32.
  - 25 Gutmanis I, Beynon Ch, Tutty L, Wathen N, MacMillan H. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health* 2007;7:12.
  - 26 Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Millá J, Santiñá M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit* 2008;22:7-10.
  - 27 Muelleman R, Lenaghan P, Pakieser R. Battered Women: Injury locations and types. *Ann Emerg Med* 1996;28:486-92.
  - 28 Boyle A, Robinson S, Atkinson P. Domestic violence in emergency medicine patients. *Emerg Med J* 2004;21:9-13.
  - 29 Council on ethical and judicial affairs. AMA. Physicians and domestic violence: ethical consideration. *JAMA* 1992;267:3190-3.
  - 30 Council on scientific affairs. AMA. Violence against women. *JAMA* 1992;267:3184-9.
  - 31 American College of Emergency Physician. Emergency medicine and domestic violence. *Ann Emerg Med* 1995;25:442-3.
  - 32 U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 3 ed. 2000.
  - 33 Preventing Domestic Violence: clinical guidelines on routine screening. San Francisco: 1999.
  - 34 Chen PH, Rovi S, Wasington J, Jacobs A, Vega M, Pan KY, et al. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med* 2007;5:430-5.
  - 35 Hayden SR, Barton ED, Hayden M. Domestic Violence in the emergency department: How do women prefer to disclose and discuss the issues? *J Emerg Med* 1997;15:447-51.
  - 36 Liebschutz J, Paranjape A. How can a clinician identify violence in a women's life? In: Liebschutz J, Frayne S, Saxe G, editors. *Violence against women: a physician's guide to identification and management*. Philadelphia: American College of Physician-American Society of Internal medicine; 2003. p. 39-69.
  - 37 Zachary MJ, Mulvihill MN, Burton WB, Goldfrank LR. Domestic Abuse in the Emergency Department: Can a Risk Profile Be Defined? *Acad Emerg Med* 2001;8:796-803.
  - 38 Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Guía de Actuación ante los malos tratos contra la mujer. Valladolid: 2005.
  - 39 Work Group of Domestic Violence. Institute for Clinical Systems Improvement. *Care Guideline Domestic Violence*. 2000.
  - 40 OMS. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Suiza; 2005.
  - 41 Palomo Pinto M. Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? *SEMERGEN* 2004;30:68-71.

## **Gender-based violence and mistreatment (and III). Practice guidelines for early detection and an integrated approach to emergency care**

**Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S**

Emergency rooms are among the most accessible places available to battered women seeking help, and large numbers of domestic violence cases are detected annually during treatment in these facilities. Victims of abuse come to emergency rooms for a variety of reasons and we must raise our awareness of the problem if cases are to be detected early. Key aspects of emergency care of victims of gender-based violence are early detection of cases in the course of taking a full medical history and the assessment of threat to the patient's life before discharge. A directed interview should be undertaken if there is any suspicion of physical abuse, and the caregiver should know the protocol for action in such cases. The patient should be informed of resources that are available and what procedures to follow in order to carry out whatever decision she takes. [Emergencias 2008;20:343-352]

**Key words:** Domestic violence. Emergency medicine. Diagnosis. Signs. Emergency Service, Hospital.