

¿ES LA ENFERMERA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN SENSIBLE A LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

RAMIREZ PIEDRA, M^oCARMEN; LOPEZ ALCOHOLADO, RAQUEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

INTRODUCCIÓN: La violencia de género (VG) es un importante problema de salud pública que repercute gravemente sobre la salud de las mujeres.

Los servicios de urgencias (SU) suponen un primer contacto para el abordaje de este tipo de violencia, o al menos para su detección; existiendo factores que intervienen en este hecho, que dependen de las características propias de los SU: escasa sensibilización de sus profesionales, tiempos de espera prolongados, disponibilidad insuficiente y escasez de espacios que permitan preservar la intimidad de la presunta víctima.

Numerosos casos de mujeres que acuden a los SU no siempre presentan una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación en cubierta y una vía involuntaria de pedir auxilio.

La enfermera de recepción, acogida y clasificación (RAC) como profesional con competencias propias, y dentro del ámbito de la práctica avanzada en urgencias, es un elemento clave en la detección de la posible VG. Las mujeres que declaran la agresión tienen a su disposición un circuito específico y preferente de atención, manteniendo su intimidad y derechos, surgiendo el problema cuando no se manifiestan abiertamente y precisan una valoración especial para ser incluidas en este circuito, siendo así necesaria la sensibilización de los profesionales de Enfermería.

OBJETIVO PRINCIPAL: Conocer la labor realizada por la enfermera de RAC en la detección de la violencia de género y la adecuación de su respuesta asistencial.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo de las mujeres que han sido detectadas en RAC en 2011 desde abril a diciembre, tomamos como partida el mes de abril por ser cuando se pone en marcha el circuito de atención específico. Los casos son recogidos de las bases de datos del hospital, de la aplicación informática Diraya (Historia Única de Salud), y posteriormente se revisaron las historias clínicas de urgencias para la recogida de datos.

RESULTADOS: La muestra es de 14 casos de VG en el periodo mencionado (abril-diciembre 2011) (n=14). La edad media de las afectadas es de 31,35 años de edad con una desviación típica de 12,8 años.

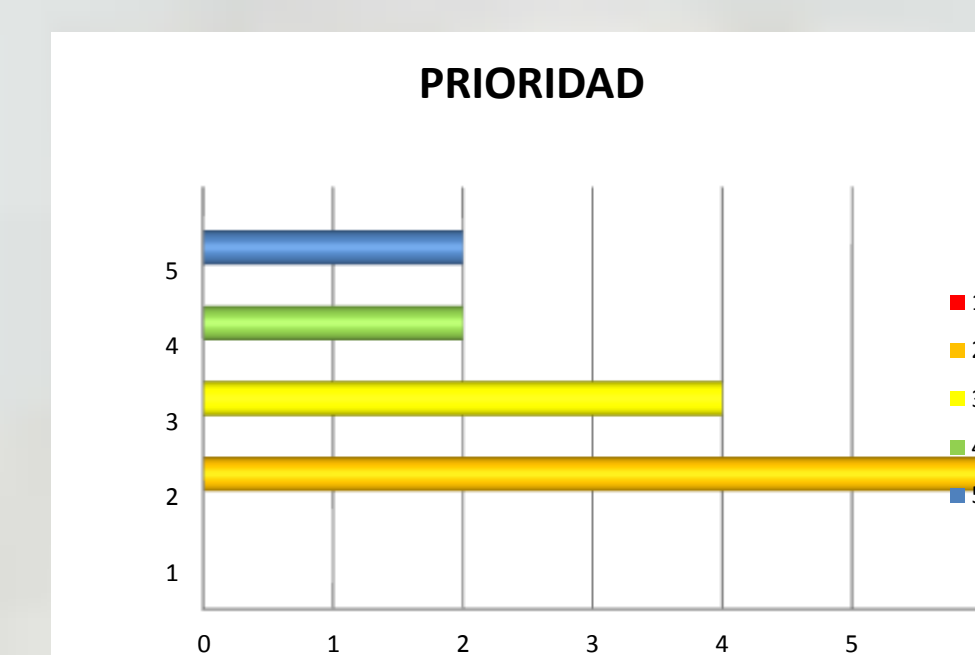
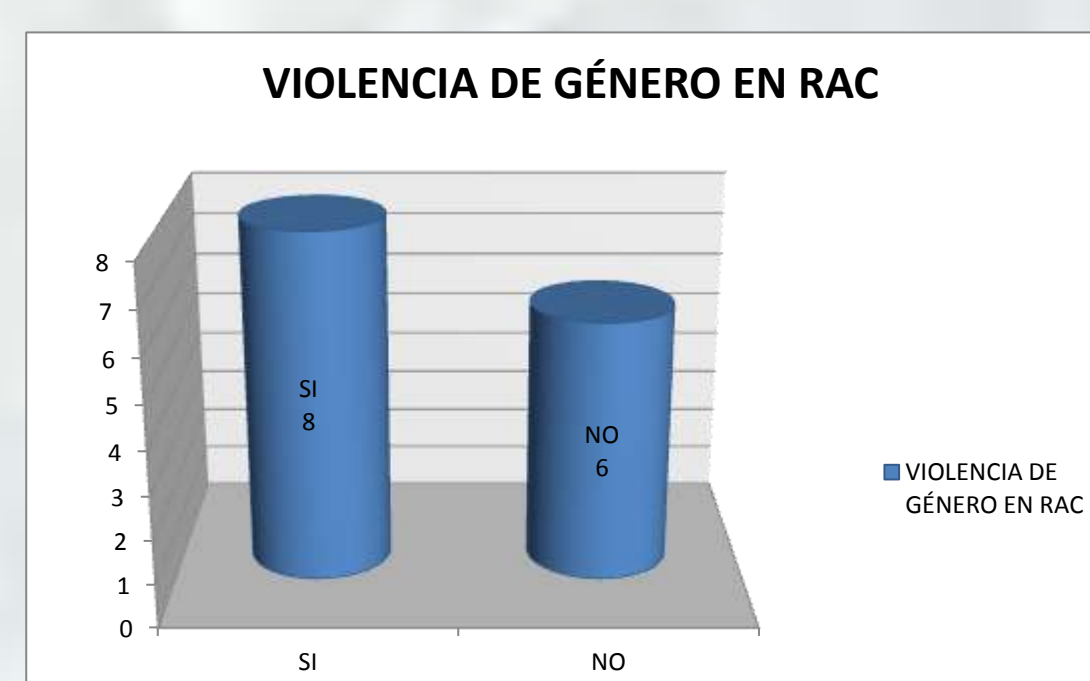
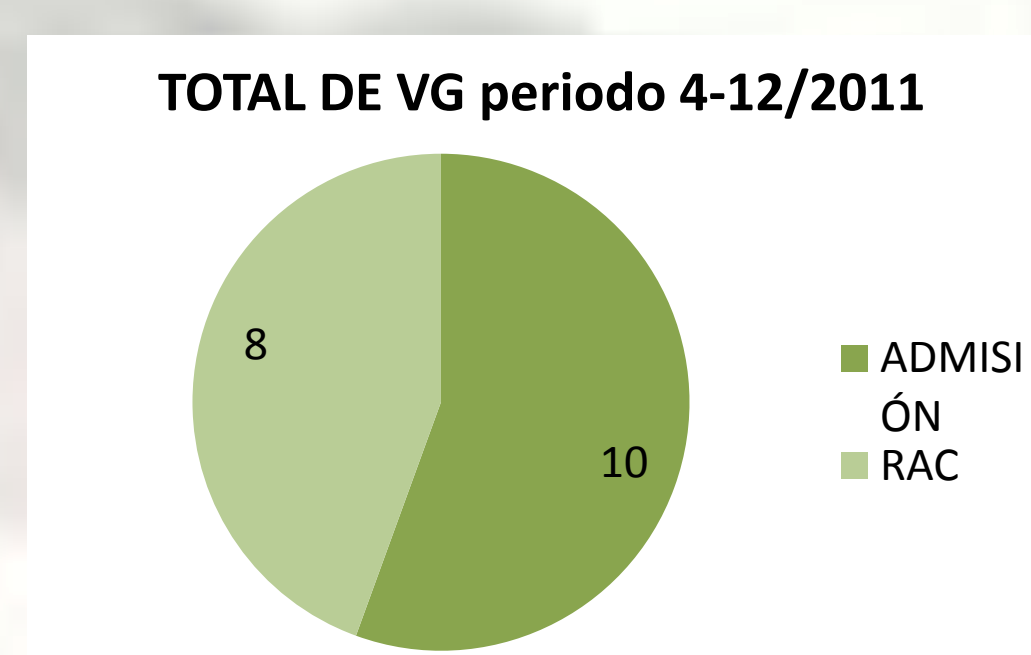
En cuanto a la clasificación en RAC, la prioridad asignada es principalmente la de nivel 2 (6/43%), es decir deben ser atendidas en menos de 10 min por un facultativo (circuito preferente); la prioridad 3 con tiempos de espera máximos de 30 min. (4/28,5%) y las prioridades 4 y 5, con 1 y 2 horas de espera respectivamente para casos más banales.

De los 14 casos detectados 8 (57%) fueron declarados como VG y 6 (43%) como otras causas, pudiendo activarse el circuito específico de forma justificada tan sólo con una sospecha.

De las 8, en 7 se emitieron parte de lesiones; y sólo en 1 caso fue necesario avisar a los cuerpos de seguridad del estado.

El total de casos detectados en nuestro SU en este periodo es de 18 (RAC + otras áreas del SU), según datos del servicio de admisión, sacados de los partes de lesiones remitidos a los Juzgados.

Esto significa que 10 casos se han pasado por alto en RAC, o bien no se registraron correctamente o no se detectó el problema. Los 8 casos detectados en RAC suponen un 44,4% de casos de VG declarados en el SU en el periodo estudiado.



CONCLUSIONES: Los escasos episodios detectados tanto en RAC como en el resto del SU, son un signo de poca sensibilización por parte de los profesionales sanitarios a pesar de existir un circuito específico para ser activado. La respuesta de la enfermera en RAC es rápida y eficaz cuando activa el circuito, pero claramente necesita mejorar su sensibilidad ante este problema, para lo cual proponemos una formación específica que permita adquirir habilidades en este campo.

Bibliografía:

1. Plazaola-Castaño J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin (Barc). 2004;122:461-7.
2. 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.
3. Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínic de Barcelona. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008;22(1):7-10
4. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs. Arch Fam Med. 1999;8:301-6.5. Rohlf, I; Valls-Llobet, C.; Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gac Sanit 2003;17(4):263-5
6. Mustlera-Canclini, E.; Natal, C.; García, V.; Fernandez-Muñoz, P. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. Gac Sanit.2009;23(6):558-561
7. Consejería de Salud. Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla 2008.