

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

CUIDANDO POR LA SEGURIDAD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA ATENCIÓN SANITARIA

Autor principal MARIA ANGELES MOLINA MOLINA

CoAutor 1 SONIA REYES CALVO

CoAutor 2 ELISA ISABEL MARTOS ALBA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave Violencia de género Triage Historia clínica Alta del paciente

» Resumen

Objetivo: Estudiar cuatro puntos del proceso asistencial dirigido a las mujeres víctimas de violencia de género que acudieron al Hospital Alta Resolución de Benalmádena. Desde la atención sanitaria hasta el registro de las mismas se intenta ver los aspectos a reforzar en cuestión de seguridad al alta.

Método: Se han analizado los siguientes momentos de la atención: triaje, historia clínica (derivación y actuación legal), historia clínica (actuación asistencial) y por último parte al Juzgado

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La detección, valoración, actuación y seguimiento de las mujeres que acuden al Sistema Sanitario Público de Andalucía a causa de violencia de género es el objetivo central del Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias (1). La sensibilización de los profesionales sanitarios para relacionar la presencia de enfermedad o de lesiones físicas y psicológicas con malos tratos, junto al apoyo que las mujeres necesitan para afrontar su situación y tratar de solucionarla son también objetivos de este Protocolo. A través de estos objetivos se pretende conseguir que la inmediatez, calidad, eficacia y satisfacción que debe proporcionar la atención en un Servicio de Urgencias contribuya, en el caso de violencia de género, a visibilizar el problema y ofrecer recursos a las propias mujeres para que puedan llevar el control de su vida. Podemos pensar que si el protocolo se aplica de manera adecuada se está proporcionando seguridad a la mujer que ha recibido malos tratos, y desde esa seguridad se adoptan las decisiones y se ponen en marcha las actuaciones necesarias para salir de la situación de violencia. En este trabajo hemos analizado cuatro puntos del proceso asistencial dirigido a las mujeres víctimas de violencia de género, en el Servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Benalmádena durante el tercer cuatrimestre del año 2012, para poner de manifiesto aquellos aspectos que se

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Se ha realizado una selección aleatoria de las mujeres que han acudido al Servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Benalmádena durante el tercer cuatrimestre del año 2012. De las veinte historias clínicas analizadas hemos centrado la atención del estudio en los puntos que mejor reflejan las medidas de seguridad a adoptar en los casos de malos tratos (en adelante CMT). Estos puntos son los siguientes: triaje, historia clínica (derivación y actuación legal), historia clínica (actuación asistencial) y por último parte al Juzgado.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Un 20% de las mujeres atendidas en el Servicio acudieron acompañadas de la policía. En el triaje se ha recogido en un 90% de los casos el motivo de consulta con los términos VG (violencia de género), CMT o ISMT (indicador de sospecha de malos tratos), o bien se ha relacionado la agresión por parte de la pareja o expareja sentimental, lo que ha facilitado la explotación de los datos. Tras la primera valoración en el triaje se valoró que la agresión física estaba presente en un 90% frente a la agresión psicológica con porcentaje del 20%. A un 90% de las mujeres atendidas se le ha asignado un SET 2.

Historia clínica (derivación y actuación legal). Se han derivado al 30% de las mujeres a la UTS (Unidad de Trabajo Social). A la Unidad de Salud Mental u otro Hospital de referencia se ha derivado el 10% en ambos casos. El parte al Juzgado se completó en todos los casos.

Historia clínica (actuación asistencial). Tanto los antecedentes personales, como la exploración física y el tratamiento a seguir se detallan con precisión en todas las historias. Sin embargo, el estado psicológico solo se describe en una tercera parte de las mismas. Coinciden nuestros datos con el estudio de García Minguito et al. , ya que en la descripción de la lesiones físicas no se detalla en un número elevado de casos el estado evolutivo de los hematomas o de las erosiones (3). En el Juicio clínico la terminología empleada (CMT, VG) aparece en el 80%. La evaluación de riesgo de las mujeres al alta solo se detalla en el 20%.

Parte al Juzgado. En el 90% de los casos se marcó la casilla de VG. En el mismo porcentaje se detallan el estado emocional y los hechos. Se

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Desde la llegada y primera atención se vela por la seguridad de la paciente ya que al asignar un nivel SET 2 se garantiza una atención inmediata por parte del equipo sanitario, así como un circuito que garantiza la intimidad y la espera en una consulta ajena al resto de los pacientes o familiares que pudieran hacer sentir a la mujer incómoda o insegura por la posibilidad de un fácil acceso por parte del agresor o la familia de este. Cabe pensar que al 10% que no se le asigna un nivel 2, y por tanto, no sigue este circuito preferente, se debe a que el profesional de enfermería no lo identificó como VG o la mujer ocultó que el causante de la agresión era su pareja o expareja. Las causas por las que las mujeres ocultan o no manifiestan abiertamente su situación suelen ser el sentimiento de culpabilidad, de vergüenza, las amenazas del agresor, el no reconocimiento de la situación de maltrato o el miedo a las repercusiones que tendría sobre ellas o sus hijos una denuncia (2). Junto a estas causas consideramos que otro motivo que también lo explicaría, es el hecho de que las mujeres desconocen que el personal de enfermería tienen un elevado grado de formación y de implicación en este tema para atenderlas adecuadamente, y también desconocen la existencia del protocolo que les proporciona una asistencia preferente que vela por su seguridad en todo momento. A pesar de que el motivo de la consulta, o la agresión física sea leve, la asistencia es preferente frente a otra agresión de las mismas características no relacionada con violencia de género. El problema es que consideren la consulta de triaje como un trámite previo a la atención médica. Por eso no valoran la importancia de hablar con el

En cuanto la derivación a la UTS podríamos considerar que sería un punto débil del proceso asistencial, al realizarse en solo un 30% de los casos. Esta derivación mejora la seguridad de la mujer al ponerla en contacto con la red de recursos y dispositivos sociales que le garantizan la atención psicológica, social y jurídica. El parte al Juzgado pone en contacto a la mujer con la red jurídica, que en este estudio se ha rellenado en todos los casos.

Respecto a la Historia clínica creemos necesario insistir en la necesidad de reflejar en ella si la mujer en el momento de recibir el alta reúne los requisitos necesarios que garanticen su seguridad respecto al agresor, acompañada de policía o personas hasta su domicilio o a la comisaría hasta que se adopten las medidas cautelares que garanticen su seguridad. En nuestra práctica clínica hemos podido comprobar que la entrevista en la que se valora la seguridad o la situación de riesgo o peligro extremo, tanto para la mujer como para sus hijos, se realiza habitualmente. Pero el acuerdo sobre las medidas a adoptar para evitar un evento inminente solo queda reflejado en un 20% de los casos. Coincidimos con Laura García Minguito et al. en la necesidad de recabar toda la información sobre las condiciones de seguridad al alta de la mujer y que ésta quede reflejada en la historia clínica y en el parte al juzgado (3).

Un aspecto que repercute en la atención jurídica inmediata es el hecho de rellenar la casilla de violencia de género en el Parte judicial, ya que de este modo se tramita la causa a un juzgado con competencias en materia de género. En el 10% de las historia en las que no se ha marcado la casilla de violencia de género, la causa se habría podido remitir a un juzgado de instrucción sin estas competencias que se tendría que inhibir una vez haya descubierto que se trata de un caso de violencia de género, lo que habría retrasado la tramitación en perjuicio de la seguridad de la mujer.

Anteriormente hemos planteado la necesidad de reflejar la valoración de riesgo al alta en el Informe de alta de la historia clínica. Esta misma valoración sería necesario añadirla en el apartado de observaciones del Parte al juzgado así como otros datos que no hayan sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos por ser de utilidad para el abordaje de cada caso en concreto. Tendría especial interés que la mujer aportara un número de teléfono de confianza a través del cual se contactara con ella de manera segura. De esta manera se evitaría que el Juzgado citase a la mujer a declarar llamándola al domicilio familiar, que es el teléfono que por defecto aparece habitualmente en la historia clínica al volcarse los datos de filiación. Para detallar este número de teléfono de confianza no existe una casilla específica. A esta razón atribuimos el 80% de los casos que no ha aportado este dato en nuestro estudio. Es muy evidente que si el agresor conoce o sospecha que la

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Consideramos de gran interés para la seguridad de la mujer que conozca el contenido del parte judicial completo, para lo cual se le ha de leer e informarla de las implicaciones que conlleva este registro, entre ellas, la citación para realizar un juicio rápido en el Juzgado de violencia de género. De ahí la importancia de que el teléfono con el que se ha de contactar sea seguro para ella. Una copia de este informe se le debe entregar siempre y cuando no ponga en peligro su situación, o bien a algún familiar o persona de confianza. Otra posibilidad sería dejarlo en el centro sanitario hasta que ella pueda recogerlo. Si esto se hace se debería registrar en el Parte, que se le ha ofrecido esta información.

» Propuestas de líneas de investigación.

Nuestra práctica diaria nos dice que cuando una mujer que abandona el centro sanitario lo hace en condiciones seguras. Sin embargo, en los datos obtenidos de nuestro estudio y la bibliografía consultada, en un porcentaje muy elevado no se registra esta información. Consideramos que reforzaría la seguridad de la mujer si el médico no olvidase este registro, dando especial importancia al teléfono de confianza frente al de los datos de filiación. Como conclusión creemos necesario que se elaboren aplicaciones TIC que permitan crear campos obligatorios, tanto en la historia clínica como en el parte al juzgado, para introducir la valoración de seguridad al alta, así como los datos que facilite la mujer. Sería imprescindible que una vez marcada la casilla de violencia de género saltara automáticamente la valoración de seguridad al alta y el teléfono de

» Bibliografía.

1. Agüera Urbano C, Llamas Martín C. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. Sevilla:Consejería de Salud;2012
2. Coll-Vinent Puig B. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. Emergencias.2008;20:269-275
3. García Minguito L, Casas Sánchez JD, Rodríguez Albarran MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. Gac Sanit.2012;26(3):256260