

12 artículo

Susana Sánchez Ramón [[Buscar autor en Medline](#)]

María D. Rivas Vilas [[Buscar autor en Medline](#)]

Lydia Salvador Sánchez [[Buscar autor en Medline](#)]



Abordaje de la violencia doméstica (VD) en los servicios de urgencias (SUH) .

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

Desde hace años, la violencia física y sexual contra la mujer se han convertido en un problema mayor de salud pública con proporciones epidémicas¹. Los servicios de urgencias son a veces los lugares más accesibles que encuentran las mujeres víctimas de malos tratos para solicitar ayuda y así, se detectan cifras altas de violencia doméstica entre las usuarias de estos centros².

El Colegio Americano de Médicos de Emergencias define la violencia doméstica 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 intimidación³.

Con este artículo pretendemos mostrar la gran incidencia y prevalencia de los malos tratos en nuestras pacientes de urgencias, y destacar la importancia del diagnóstico de este problema de salud. A pesar de ello, el nivel de detección sigue siendo muy bajo y la mayoría de los profesionales sanitarios no se lo plantean como un diagnóstico diferencial en un gran número de patologías.

También realizaremos una revisión de las técnicas existentes para la detección precoz y abordaje del maltrato, aportando un protocolo de actuación en los servicios de urgencias hospitalarias. A nuestros servicios 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 ese momento, sin olvidar que la que va a tomar la decisión última es ella.

Epidemiología de la violencia doméstica

Según cifras de diferentes trabajos realizados en los servicios de urgencias de los Estados Unidos, de un 11.7%⁴ - 35%¹ de las mujeres que acuden a dichos servicios lo hacen como consecuencia de la violencia doméstica, con una prevalencia acumulada a lo largo de la vida del 21-54.2%^{3,4,5}. Se puede decir, que una de las causas más comunes de lesiones en mujeres son las debidas a la violencia ejercida por el compañero íntimo sobre ellas. Estos estudios reflejan que el 2% de las lesiones agudas en mujeres que se presentan en un SUH son atribuidas a la VD³⁻¹⁴. El 14% de las mujeres que busca atención médica en los servicios de urgencias, tienen antecedentes de haber sufrido abusos físicos o sexuales durante el último año^{6,7}. Diferentes fuentes nos indican que del 25%¹ al 81%⁶ de las mujeres con intento de suicidio han sufrido en algún momento de su vida violencia doméstica. Sufren malos tratos el 25% de mujeres que buscan atención en el servicio de urgencias psiquiátrico y el 23% de las mujeres embarazadas que acuden a Unidades de ginecología y obstetricia¹. En el 40% de los casos, el maltrato comienza durante la primera gestación⁶. De un 40 a un 60% de los asesinatos en mujeres en norteamérica son causados por la pareja⁸.

Más cercano a nuestro medio, en el Reino Unido se ha detectado una incidencia de violencia de género en los servicios de urgencias de 1.2 % y prevalencia en la vida de 22.4⁹ en un estudio posterior la prevalencia fue de 34.8¹⁰.

bibliografía

1. Flitcraft A, Hadley S, et al. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Chicago: American Medical Association; 1992.
2. 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(17):1357-61.
3. Director TD, Linden JA. Domestic Violence: an approach to identification and intervention. Emerg Med Cijn N Am 2004;22:1117-32.
4. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic Violence Against Women. Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. JAMA 1995;273(22):1763-7.
5. Abbott J. Injuries and Illnesses of Domestic Violence. Ann Emerg Med 1997;29(6):781.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



En la revisión bibliográfica realizada, no hemos encontrado datos de incidencia y prevalencia en los servicios de urgencias españoles, sólo existen datos en atención primaria.

Importancia sanitaria de las pacientes víctimas de la violencia doméstica en los servicios de urgencias

El sector sanitario tiene un importante papel en la detección precoz de este problema de salud, para reducir sus consecuencias y disminuir la probabilidad de más abusos^{11,12}. Para muchas mujeres maltratadas el servicio de urgencias hospitalario es el primer o único contacto que tienen con los profesionales sanitarios¹¹. La mayoría de estas mujeres consultará por problemas de salud en apariencia banales o no urgentes, pero los sanitarios debemos estar alerta y sospecharlo. Y es que la falta de diagnóstico podría conducir a un aumento importante de la morbilidad de estas pacientes, con un aumento de la frecuentación a los servicios de urgencias, incremento de los ingresos y aumento del uso de los recursos de salud ambulatorios; o incluso llegar a la consecuencia más extrema y letal de la violencia de género como es el homicidio de la víctima, de sus hijos o de otras víctimas inocentes^{3,11,13}. En un estudio basado en la población canadiense las mujeres maltratadas buscaban atención en los servicios de emergencias y asistían a consultas médicas 3 veces más que otras mujeres no maltratadas. Existe una fuerte evidencia de que el uso de los servicios médicos aumenta con la severidad del asalto físico⁸. Las mujeres pueden presentarse en los servicios médicos antes de acudir a la justicia o los servicios sociales, por lo que si el abuso es identificado podrán recibir las intervenciones adecuadas para aumentar su seguridad y mejorar su salud⁸.

Los profesionales de urgencias tienen barreras a la hora de diagnosticar este tipo de problema de salud: presión asistencial, falta de formación, desmotivación, no conciencia de problema de salud, prejuicios, miedo a ofender o invadir la intimidad de la víctima, desconocimiento de los recursos y ayudas sociales... En un estudio americano (donde se encuentran mucho más sensibilizados y formados en el problema) se encontró que sólo el 13% de los médicos de urgencias preguntaron por violencia doméstica⁵. Un 55 al 68 % de los médicos nunca o raramente preguntan por violencia doméstica³. Así, se estima que sólo se diagnostican en 5-15 % de todos los casos^{3,4,6,11,14}. En nuestro medio, en el que el personal sanitario no está tan receptivo y sensibilizado con este tema, probablemente las cifras puedan ser aún peores.

Es importante llamar la atención de la responsabilidad de los profesionales de la salud a la hora de sospechar, detectar y notificar las agresiones por malos tratos, ya que 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 competente¹⁴. 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 será muy importante trabajar en coordinación con otros profesionales e instituciones que nombraremos a lo largo del artículo.

Objetivos prioritarios del abordaje de la VD en urgencias

Uno de los posibles puntos de entrada de la víctima de violencia doméstica (VD) son los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), por lo tanto, éstas se convierten en un punto crucial de identificación y prevención de la VD^{10,15}. Muchas víctimas de violencia doméstica acuden a urgencias y por múltiples motivos, no manifiestan el origen real de sus lesiones. En ocasiones, el acudir a urgencias puede ser sólo para dar salida a la solución de un problema derivado de la violencia en sí (lesiones, somatizaciones, crisis de ansiedad o intentos autolíticos entre otros); otras veces puede ser debido a una necesidad de contactar con alguien aunque callen. Además está la falta de sensibilización de dichos profesionales ante este problema, no considerándolo como tal a la hora de hacer un diagnóstico diferencial en determinadas patologías. Hacemos referencia a un trabajo realizado en un Servicio de Urgencias en España el cuál corrobora los datos existentes a nivel internacional¹⁴.

Sospecha de Malos tratos

Parece que el realizar una historia clínica y un examen físico rutinario, no es suficiente para el diagnóstico de violencia doméstica. Por tanto: ¿Se llegaría a un diagnóstico más temprano y correcto realizando un cribado?. En atención primaria no hay unanimidad respecto a la realización del mismo, pero en los Servicios de Urgencias Hospitalarios existe aún mayor controversia dado que el screening se ha sugerido en diversos medios como válido para cada paciente que se presenta en un servicio de urgencias hospitalario debido a la alta incidencia y prevalencia¹⁶. Esto está apoyado en Estados Unidos por entidades tales como la *American Medical Association (AMA)* o el Departamento de Salud y de Servicios Humanos de Estados Unidos^{17,18}, la *American College of Emergency Physicians*

¹⁹, American College of Obstetrics and Gynecologists, American Academy of Family Practice, American Academy of Nurse Practitioners y Emergency Nurses Association . Otras asociaciones como es la USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) no incluyen el screening de rutina como recomendación^{20,21}. La organización Family Violence Preventing Fund , recomiendan el cribado rutinario a las mujeres mayores de 14 años que acudan a un servicio de urgencias²¹.

Como ya se ha mencionado, la violencia doméstica es una condición importante que acarrea serias consecuencias sobre la salud^{8,22-24}. El hecho de si los malos tratos cumplen criterios para realizar un screening es controvertido¹⁴. El screening es probablemente aceptado por la mayoría de las pacientes que acuden a un servicio de urgencias, 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^{3,25}. Pero está menos claro que el screenig sea aceptado por los médicos y enfermeras^{26,27}

La baja detección tanto por personal médico como por enfermeras, ha sido mostrado en diferentes trabajos realizados en Estados Unidos. Se estima que al menos 7 de cada 10 maltratos pasan desapercibidos en la asistencia clínica habitual^{14,28,29}.

No hay un prototipo de test de cribado para identificar a las víctimas de la VD. Existe una amplia variedad de estándares y herramientas posibles para el screening sin que haya recomendaciones a favor de ninguna en concreto⁷. Es más, en España no existe ningún test validado al castellano. Además dicho cuestionario de detección debería ir acompañado de protocolos de actuación a fin de poder ayudar a las víctimas de VD.

Cuestionarios de detección:

Lo que se usa como cribado son los principales test de detección de malos tratos como son el Index of Spouse Abuse (ISA) ^{30,31}, el Abuse Assessment Screen (AAS)³², el Conflicts Tactic Scale (CTS)³³ y el Danger Assessment Questionnaire³⁴ o una adaptación de los mismos. Ningún metodo por sí sólo ha demostrado tener mejores resultados que otro³⁵. En los servicios de Urgencias, por sus características particulares sobre todo de concurrencia de pacientes, no conocer a éstos, falta de tiempo, etc. sería más interesante el poder realizar un cribado mediante cuestionarios cortos que preguntaran directamente sobre dos aspectos: la violencia doméstica y la seguridad de la paciente (no podemos olvidar que acude de forma "aguda").

Entre los protocolos existentes para el cribado, que constan de unas pocas preguntas y por tanto nos parecen más adecuados para el uso en los SUH tenemos:

"Detección Violencia de Pareja" (*The Partner Violence Screen: PVS*) incorpora 3 simples preguntas^{2,3}:

1. Ha sido usted golpeada, recibido alguna patada o puñetazo o alguna otra lesión por alguien durante el pasado ultimo 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 violencia doméstica.

Con estas 3 sencillas preguntas se pueden cubrir los principales aspectos del despistaje del maltrato: por una parte el diagnóstico del maltrato en sí (pregunta 1) y por otra parte un aspecto tan importante como relevante cuando nos enfrentamos ante un caso de VD: el preguntar por la seguridad de la persona víctima de malos tratos (preguntas 2 y 3). La sensibilidad que tiene dicho test es de un 65-71% respecto a test más largos y completos^{2,3,9}.

Un test de screening más reciente y dentro de la misma línea de preguntas cortas es el *StaT* elaborado por Liebschutz y Paranjape³⁶ presenta una sensibilidad del 97%³. 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 cuál 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 servicio de urgencias 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-sexuales³.

Un estudio publicado en el año 2001 realizado en Servicio de Urgencias Hospitalario en New York³⁷, en el cuál emplean un cuestionario de dos preguntas adaptado de las American Medical Association Guidelines¹:

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.

Otro cuestionario más es el Ongoing Abuse Screen (OAS)³⁸, se basa en 5 preguntas:

1. ¿Alguien de su familia tiene un temperamento violento?
2. ¿Durante una discusión en casa ha temido alguna vez por su seguridad o la de los niños?
3. Algunas mujeres que acuden al servicio de urgencias con lesiones similares son víctimas de violencia doméstica. ¿Podría ocurrirle esto a usted?
4. ¿Quiere usted hablar con alguien sobre esto?
5. ¿Estuvo en alguna ocasión en el Servicio de Urgencias a consecuencia de alguna lesión o síntoma secundario a violencia doméstica?

Un sí en la pregunta 3 o un sí en las preguntas 1 ó 2 y 4 debería clasificar a la paciente como víctima de violencia doméstica. Un sí en la pregunta 1 ó 2 ó ambas clasifica a la persona como posible víctima de violencia doméstica. Un sí a la pregunta 5 indica que la persona ha sido víctima de VD.

Un cuestionario también usado es el short-Woman Abuse Screening Tool (short-WAST^{39,40}) basado en dos preguntas:

1. En general usted describe su relación personal como:
 1. No tensión (puntuación 0)
 2. Algo tensa (puntuación 1)
 3. Muy tensa (puntuación 2).
2. Tú y tu compañero solucionáis las discusiones con:
 1. Ninguna dificultad (puntuación 0)
 2. Alguna dificultad (puntuación 1)
 3. Mucha dificultad (puntuación 2)

Una puntuación por encima de 0 puede ser definida como de riesgo de violencia doméstica. Sin embargo, este cuestionario no aporta datos muy claros para saber si se trata de un caso de violencia de doméstica o bien una disfunción de pareja. Con lo que no creemos que sea adecuado para usar en los servicios de urgencias.

Otros autores abogan simplemente por las preguntas facilitadoras a realizar durante la entrevista clínica como pueden ser: ¿Cómo la trata su pareja? ¿Tiene o ha tenido una relación en la que se sienta que la hayan tratado mal?.

A la vista de todo lo expuesto, no existe consenso en el uso sistémico de cuestionarios estandarizados para ser usados en los servicios de urgencias hospitalarios, sobre todo cuestionarios en castellano. En los trabajos mencionado anteriormente, basados como se ha dicho en población de habla inglesa, se han mostrado dificultades para adaptarlos a la población hispana, En la actualidad, se está haciendo un esfuerzo para intentar validar los cuestionarios mencionados a los hispano-parlantes.

Sospecha de malos tratos

Los servicios de urgencias 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 tiene que ser excusa para cuando se sospeche un caso de violencia doméstica, poder hacer las cosas de la mejor manera posible:

La entrevista deberá ir dirigida hacia la lesión o causa de consulta y si se sospecha preguntaremos por el problema, la exploración física deberá ser minuciosa en forma y fondo para que no se escapen posibles lesiones asociadas, la actitud emocional es importante por la información que nos puede aportar. Debemos asegurar la confidencialidad de la paciente, garantizar la discreción e intimidad de la misma. Debemos creer a la paciente, tomarla en serio. Observaremos su actitud emocional. (ver anexo 1).

Señales de alerta:

No existe un claro perfil de mujer maltratada, pero sí existen determinados factores de

riesgo ante los cuáles deberemos estar alerta ante una posible situación de malos tratos⁴¹⁻⁴³.

Para ayudarnos al diagnóstico podemos tener en cuenta una serie de características^{5,42,43} que podrían orientarnos hacia la sospecha de malos tratos (**tabla 1**)

Lesiones asociadas a los malos tratos:

No hay lesiones características de VD, éstos comparten comportamientos con lesiones producidas por otros mecanismos. Algunas guías incluyen tipología orientativa de lesiones físicas en mujeres maltratadas^{1,44}. Un trabajo publicado por Muelleman et al.⁴⁵ compara las lesiones de las mujeres que acudían a un servicio de urgencias con lesiones producidas por diversos motivos corroborando lo anteriormente dicho. Sin embargo, aunque no haya lesiones patognomónicas, si que pueden existir algunas orientativas. 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**)

Sin embargo, también produce muchas lesiones de menor importancia por las cuales las mujeres no consultan o bien nos pueden pasar desapercibidas durante la exploración en urgencias, al centrarnos habitualmente en alteraciones más importantes^{16,38,46}. Todo esto confirma, que en general, en todas las mujeres con algún tipo de traumatismo (no secundario a un accidente de tráfico) incluso, las que se apoyan en caídas o accidentes domésticos, se las debería preguntar acerca de la posibilidad de VD, con preguntas posteriores a la inicial: ¿Qué ha ocurrido?. (**Tabla 2**).

No olvidemos que las lesiones físicas llevan pareja normalmente agresiones sexuales, con lo cual, cuando nos encontremos con algún tipo de estas lesiones, deberemos preguntar directamente por violencia doméstica.

A veces, las mujeres víctimas de malos tratos, realizan consultas frecuentes por molestias ambiguas sin datos de anormalidad fisiológica. La mujer que acude frecuentemente a la sala de urgencias con diversas molestias psicósomáticas que en otros momentos se atribuyeron a depresión puede ser consecuencia de la violencia doméstica.

Los intentos autolíticos es otra de las consecuencias graves de la VD, estos se pueden ver de una manera frecuente en un SUH. Cuando a estas pacientes se les pregunta que precipitó su tentativa de quitarse la vida en muchas subyace la respuesta: "reñí con mi marido". El médico de urgencias puede hacer el diagnóstico mediante preguntas concretas de si la disputa fue de índole física y al explorar posibles antecedentes de maltrato físico o psicológico que indiquen la presencia de violencia intrafamiliar.

Debemos tener en cuenta que la mujer maltratada puede haber sido advertida por su agresor para no solicitar atención médica. Puede sentirse avergonzada y humillada y llegar a convencerse de que sus lesiones no son tan graves y no comunicar ni admitir la existencia de una agresión en un intento de proteger a la familia.

Abordaje

La situación del maltrato se nos puede presentar de manera directa, porque la víctima acude a urgencias o bien por una situación de maltrato derivada, a través de otro profesional (médico de atención primaria, médico de urgencias extrahospitalaria). Una vez que hemos llegado al diagnóstico de una situación de maltrato, bien por que la víctima nos lo cuenta directamente, porque viene derivada por dicho motivo, o porque sospechamos su existencia (a raíz de las lesiones o la situación de la paciente) y logramos la confirmación del maltrato en sí por parte de la víctima, 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) y de su estado social (actividad laboral, hijos, familiares y amigos cercanos con los que pueda contar, episodios previos de malos tratos, denuncias, ...) ⁶.

Por el tipo de patología que se presentan en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Debemos de indagar y si los sospechamos preguntar por el maltrato en lesiones agudas y traumatismos, en los intentos autolíticos y en las crisis de ansiedad.

Tras esta primera aproximación, el segundo objetivo más importante del manejo de situaciones de violencia doméstica en los servicios de urgencias, tras la detección precoz, es la valoración de la situación del RIESGO VITAL INMEDIATO (RVI)^{1,41,47-49} (ver anexo 1)

1. **Riesgo vital inmediato físico:** Se trata de la existencia de lesiones 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 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 de las lesiones meticolosa

- Estabilización y abordaje terapéutico inicial de las lesiones: manejo de paciente politraumatizado.
- Solicitud de pruebas diagnósticas complementarias que nos confirmen y precisen la gravedad de las lesiones: radiografías, TAC, ecografía, analítica,.. según la sospecha diagnóstica.
- Valorar 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 en observación de urgencias, es decir las lesiones pueden no ser vitales, pero si lo suficientemente graves para requerir observación o tratamiento especializado (fracturas, TCE 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.

2. **Riesgo vital inmediato psíquico:** Consiste en valorar el riesgo de suicidio. Todos los casos de maltrato presentan repercusiones psicológicas^{50,51}, hacemos una valoración inicial en todos los casos y se remitirá siempre para valoración por salud mental si existen indicios de RVI psíquico o la causa de acudir al servicio de urgencias ha sido un intento autolítico. El abordaje deberá ser directo con preguntas sencillas:

- ¿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 social.

3. **Riesgo vital inmediato social**^{52,53}: Cuando existe un riesgo de amenaza de muerte o de nueva agresión, 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?

Valorar la existencia de factores de riesgo en el agresor, que puedan desencadenar un ataque brusco: alcoholismo, drogadicción, trastornos psicopatológicos. La valoración del riesgo es alta 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 Riesgo Vital Inmediata Físico se deberá ingresar a la paciente, se procederá del mismo modo en el caso de Riesgo Vital Inmediato Psíquico (Unidad de Salud Mental). En el caso de existir indicios de riesgo social contactaremos de inmediato con el Juez y con los servicios pertinentes. Podemos contactar con los grupos específicos de atención a mujer y menor de las fuerzas de seguridad del estado: **SAM del cuerpo Nacional de Policía o con los 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 emergencia 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 domicilio (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. Desde estos centros, en función de la disponibilidad y el lugar, se desplazan hasta los servicios de urgencias, a fin de ofrecer acompañamiento a la paciente en la puesta en marcha de los primeros recursos.

En caso excepcional de no poder contactar con ningún recurso es nuestra obligación el tener a la paciente en observación de urgencias poniendo en conocimiento del juez de

guardia el caso, para que establezca las medidas de protección oportunas.

Si no existe riesgo vital inmediato, ni físico, ni psíquico ni social y previamente al alta domiciliaria:

- Valorar si se trata de una situación aguda o crónica, valorar 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 esta decisión. Escuchar sus expectativas para con nosotros.
- Informar a la paciente:
 - Que la atención que prestamos es continua.
 - Si es de día podemos contactar con el trabajador social para que nos ayude e incluso intentar contactar con el Médico de familia de la paciente a fin de informarle por una parte y por otra para que nos informe de posibles episodios previos.
 - De los recursos sociosanitarios disponibles a su alcance, según la ciudad y comunidad, y las posibilidades de actuación (ver anexo 2). Proporcionar teléfonos de ayuda urgente.
 - De los pasos para formalizar la denuncia, respetando siempre que esta es decisión de la paciente.
 - De los riesgos que corre su salud, y la de sus hijos en caso de existir, de mantenerse esta situación.
 - De la necesidad de preparar un plan de protección y huida, ante el riesgo de nuevos episodios (ver anexo 3)
- Contactar con su centro de Salud para el seguimiento por parte de su Médico de Atención Primaria y del Trabajador Social, con conocimiento de la paciente.
- Remitir a servicios especializados, si precisa:
 - Valoración y seguimiento psicológico por el equipo de salud mental.
 - Equipos de apoyo psicológico de centros de atención a víctimas o asociaciones
- 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**
- Realización del **parte judicial**, informando a la paciente de su emisión y de la obligatoriedad, por nuestra parte, de su cumplimentación; ya que a raíz de la cumplimentación del parte judicial, la víctima, recibirá en su domicilio una citación judicial para corroborar o no los hechos que se han puesto en conocimiento judicial. 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.

Aspectos legales

La ley es clara siendo un deber legal, del facultativo sanitario, el poner conocimiento del juez **cualquier situación o sospecha** de maltrato (físicos, psicológicos o sexuales) mediante la emisión de un parte judicial, pudiendo incurrir en responsabilidad penal por la omisión de este deber (Código penal Art. 45).

La realización del parte judicial pone en conocimiento de las autoridades judiciales una situación o hecho, no tiene carácter de denuncia.

Existen dos formatos aceptados para poner en conocimiento, de las autoridades judiciales, la sospecha o diagnóstico de malos tratos, tras la atención sanitaria a un paciente:

Protocolo del consejo interterritorial⁶⁴

Se trata de un formulario autocopiativo con copias para: el juzgado de instrucción competente, el centro sanitario emisor (añadiéndola a su historia clínica) y para la paciente. Consta de varios apartados para la valoración de antecedentes, datos personales de identificación, descripción detallada de lesiones, estado emocional de la paciente, pruebas diagnósticas realizadas, tratamiento, diagnóstico definitivo, interconsultas realizadas a especialistas, pronóstico supuesto y facultativo responsable de la atención. Incluye un apartado específico ante situaciones de agresiones sexuales. Las ventajas de este protocolo es que permite pormenorizar y detallar las lesiones y a la vez protocolizar todos los epígrafes que serán de relevancia para la paciente durante el proceso legal de la agresión. Se obviaría su cumplimentación si los informes médicos de atención de los servicios de urgencias fueran detallados y rigurosos.

Se debe hacer constar, con letra legible:

- Descripción detallada de las lesiones: naturaleza (erosiones, contusiones, heridas, hematomas, deformidades,...) localización, tamaño, profundidad, aspecto, color, estado evolutivo (agudas o no). Se aportan esquemas corporales dentro del protocolo para precisar la localización de las mismas. (ver anexo 4)

Parte judicial común

Es el formulario que se utiliza para la emisión de un parte judicial por otros motivos. Es mucho más escueto pues sólo se hace constar el diagnóstico, el probable pronóstico y la causa del hecho (agresión, accidente laboral, ...). Es importante reseñar en el mismo de forma clara que la causa de las lesiones ha sido: VIOLENCIA DOMÉSTICA, a fin de que se tramite con celeridad este parte por el juzgado competente. Es totalmente operativo siempre y cuando se le entregue una copia de la historia clínica de urgencias a la paciente y esta se encuentre debidamente cumplimentada y sea rigurosa y detallada.

Es importante hacer constar en el Parte Judicial (común o del consejo Interterritorial) la existencia o no de riesgo vital por parte de la paciente y el tipo. Si la paciente no reconoce que las lesiones valoradas son causadas por una situación de maltrato, ante una sospecha e informando a la paciente, deberemos también emitir el parte judicial, haciendo constar eso: SOSPECHA DE MALOS TRATOS.

