

Título.

ACTUACIÓN DE URGENCIA ANTE LA SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO A LA MUJER EMBARAZADA

Autores

Laura del Pilar Oneto Fernández

Beatriz Fajardo Hervás

Palabras claves

Maltrato Conyugal, Embarazo, Violencia Contra la Mujer.

Introducción

Cada día, es más frecuente en nuestro medio, la atención a mujeres víctimas de maltrato embarazadas en nuestros centros sanitarios. El lugar al que con más frecuencia acuden las mujeres embarazadas víctimas de maltrato, son los servicios de urgencias hospitalarias y de urgencias de atención primaria.¹

La violencia de género hacia la mujer embarazada, supone un patrón de control que puede incluir violencia tanto física, psicológica y emocional junto con amenazas por parte de su pareja o ex pareja,² siendo, el tipo físico el más frecuente, y por tanto el más susceptible de ser observado.

La violencia física en la mujer embarazada, tiene consecuencias importantes sobre la morbilidad y mortalidad perinatal y materna, encontrándonos sobre el feto con una mayor incidencia de abortos y muerte fetal anteparto,³ así como mayor incidencia de bajo peso al nacer y prematuridad,⁴ y sobre la madre, con un aumento de las complicaciones obstétricas, que se traduce como una mayor demanda asistencial hospitalaria.

Objetivo Principal

Determinar el plan de actuación más efectivo que el equipo multidisciplinar debe conocer y aplicar una gestante que acude con lesiones que hagan sospechar de violencia de género.

Objetivo específicos

- Identificar los principales factores de riesgo para el maltrato a la mujer en la paciente obstétrica y que actuaciones de urgencias debemos llevar a cabo.

- Promover prácticas clínicas basadas en la evidencia científica más reciente para mejorar la calidad de atención en la paciente obstétrica víctima de maltrato.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo basado en una exhaustiva revisión bibliográfica en la bases de datos Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Dialnet, Medline como bases de datos de Ciencias de la salud, y otros recursos usados han sido la guía de práctica clínica en obstetricia de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología)

Como criterios de inclusión de los artículos, se han escogido aquellos artículos publicados en el periodo de tiempo 2000-2016, a texto completo, estudios que comparan las diferentes actuaciones de urgencias a seguir frente a la sospecha de maltrato fetal, y el idioma empleado ha sido el inglés y el español. Se han excluido aquellas publicaciones con escasa o nula evidencia científica, con limitada relevancia científica y artículos de opinión.

Según los criterios expuestos y el objetivo de la revisión se han seleccionado como fuentes primarias 4 revisiones sistemáticas y/o metaanálisis, 1 guías de práctica clínica y 3 ensayos clínicos. Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de estudio, y AGREE para la GPC.

Como criterios de búsqueda de los estudios analizados se han usado los descriptores booleanos “and” y “or” y los siguientes palabras claves: “maltrato conyugal”, “embarazo”, “violencia contra la mujer”, y cuando la base de datos es en inglés se han utilizado: “spouse abuse”, “pregnancy”, “Violence Against Women”.

Resultados

El embarazo supone un factor de riesgo para la recurrencia de violencia de género. La mujer embarazada puede ser objeto tanto de maltrato físico, como sexual y emocional.⁶

Las lesiones físicas con las que nos podemos encontrar con más frecuencia en un servicio de urgencias son, en un 58% bofetadas o empujones, en un 43% golpes con el puño y patadas y por último en un 3% fracturas y lesiones permanentes.⁷ Ubicándose dichas lesiones sobre todo en la cabeza, abdomen, cuello y tronco de la gestante, y aumentando o disminuyendo de gravedad, dependiendo de la intensidad de la agresión.

Es difícil discernir cuando debemos sospechar esta problema ante la observación de una mujer con lesiones de este tipo, muchas veces, negara los hechos o ni siquiera hará referencia a ellos. Es por eso, que debemos estar atentos a las señales de alerta (tabla1).

Tabla 1. Principales señales de alerta e Urgencias

Comportamiento de la pareja en el servicio de Urgencias

Retraso en la búsqueda de la solución

Negación a ser explorada más allá de la lesión

Paciente recidivante e hiperfrecuentadora

Comportamiento depresivo

Lesiones que se achacan a caídas en el domicilio

Según algunos estudios, existe también un perfil en la mujer asociado a mayor riesgo de padecer este problema, mujer joven, de entre 13 y 17 años, normalmente con un embarazo no deseado, y frecuentemente con violencia iniciada antes del embarazo.⁷

Cuando sospechamos maltrato en una gestante que acude a nuestro servicio de urgencias, nuestros esfuerzos debe ir encaminados a realizar una correcta anamnesis y detección precoz, junto con una correcta valoración de riesgo vital antes de que la paciente sea dada de alta de nuestro servicio, y por tanto, susceptible de un nuevo episodio.

La actuación del personal sanitario seria:

1.- Valoración del estado general de la paciente, registrado sus constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura

2.- Valoración del el estado fetal, realización de maniobras de Leopold, observando la presencia o no de hematomas abdominales o zonas con dolor, valorar la presencia o no de sangrado vaginal y si procede, RCTG y/o ecografía obstétrica.

3.- Entrevista dirigida de carácter informal, que comenzaremos hablando sobre la lesión o motivo de la consulta e iremos dirigiéndonos a cosas más concretas. Es muy importante que le aseguremos a la paciente nuestra confidencialidad y que observemos detenidamente su estado emocional.

4.- Valoración del riesgo vital, psicológico y social. Debemos realizar un abordaje multidisciplinar, realizado un parte de lesiones al juez, contactando con el trabajador social del hospital e incluso con el médico de familia.

5.- Tranquilizar y exponer el problema a la paciente:

- Es un problema que atañe a muchas mujeres y no se encuentra sola.

- Los riesgos que corren su salud y la de su futuro hijo si esta situación se prolonga
- Recursos sociosanitarios que tiene a su alcance
- Pasos a seguir para la formalización de la denuncia si es receptiva.

Tabla 2. Recursos Sociosanitarios

Teléfono único de urgencias. Atención 24 horas: 112

Número de emergencias contra la violencia de género. Información y asesoramiento de los derechos y recursos existentes: 016

Teléfono para personas con discapacidad auditiva y/o del habla: 900 116 016

Teléfono gratuito de atención e información a la mujer: 900 200 999.

Web del Ministerio

<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/>

Web para búsqueda de recursos de apoyo:

<http://wrap.seigualdad.gob.es/recursos/search/SearchForm.action>

Conclusiones

Es primordial realizar una adecuada valoración y anamnesis de las gestantes con lesiones que acudan a nuestro centro hospitalario.

Tendremos que tener en cuenta que la prioridad en estos casos es la tranquilidad de la paciente, asegurándole la confidencialidad y creando un ambiente de intimidad y confianza.

Nuestra actuación debe ir encaminada ante todo a preservar el bienestar materno y fetal, aconsejando, pero nunca presionando, sobre las actuaciones a seguir judicialmente e informando sobre los riesgos que supone la consecución de dicha situación.

Es imprescindible la adecuada formación del personal sanitario de urgencias, sobre violencia de género. Favoreciendo la discriminación de casos y haciendo más efectiva la transmisión de información y la agilización del abordaje multidisciplinar.

Bibliografía

1. Gracia E, Lila M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. Rev Med Chile 2008;136:394-400.
2. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton LL, L. Salvador Sánchez et al. 350 Emergencias 2008; 20: 343-352 C02-12446.EME-REVISION-Salvador 11/9/08 13:47 Página 350 Lowenstein SR, Abbott J. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. JAMA 1997;277:1357-61.
3. Webster J, Chandler J, Battistutta D. Pregnancy outcomes and health care use: Effects of abuse. Am J Obstet Gynecol 1996;174(2):760-767.

4. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362
5. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
6. Geary F, Wingate C. Domestic violence and physical abuse of women: The Grady Memorial Hospital experience. *Am Obstet Gynecol.* 1999; 181 (1): 517-21.
7. Nannini A, Lazar J, Berg C, Barger M, Physical injuries reported on hospital visits for assault during the pregnancy associated period. *Nurs Res* 2008;57:144-9.