

Protocolo de atención ante la Violencia contra la Mujer

Actualización 2023

www.hsja.es

Protocolo de Violencia contra la Mujer

SCCU. Comisión Interdisciplinar contra la Violencia de Género. 2023

Elaborado por: Carmen Lazcano González <i>Médico de Urgencias</i>	Elaborado por: Pilar Rodríguez Lara <i>Coordinadora Enfermería Urgencias</i>	Elaborado por: Águeda Cristina Rguez-Rubio Rodríguez <i>Médico de Urgencias</i>
Fecha: may-2023	Fecha: may-2023	Fecha: may-2023
Revisado por: D. José Luis García Garmendia <i>Jefe de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias</i>	Revisado por: María Teresa Medina Duque <i>Trabajadora Social HSJDA</i>	
Fecha: may-2023	Fecha: may-2023	
Edición 01-2023		
Próxima revisión Oct/2024		
Documento relacionado con el estándar		

INTRODUCCIÓN

La definición de VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES según el ART.1 de la DECLARACIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DE LAS NACIONES UNIDAS, es " *Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive la amenaza de tales actos la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida privada o pública.* "

Todo el personal del Servicio de Urgencias tiene un papel primordial en la PREVENCIÓN, DETECCIÓN, Y ERRADICACIÓN de la VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

El mayor problema lo tenemos cuando la mujer acude a nuestro Servicio de Urgencia con signos evidentes de Maltrato, y enmascara las causas de sus lesiones por diversos factores, el factor más común es el MIEDO a posibles represalias contra ella misma, hijos o familiares, otros factores son CREENCIAS, MITOS, SENTIMIENTOS DE CULPA, CULTURALES o RELIGIOSOS. Inclusive llegan a justificar a su agresor, se niegan a denunciar impidiendo que se pongan en marcha los mecanismos de Protección y Ayuda.

Pero existe un problema aún mayor: LOS CASOS QUE PASAN DESAPERCIBIDOS, según estudios realizados en distintas Comunidades Autónomas entre el 10% y 15% de las mujeres que HAN MUERTO víctimas de la Violencia de Género y que llevaban una media de 7 años de maltrato, han pasado una media de 10 veces por los Servicios de Urgencias sin que se hubiera detectado que sufrieran Violencia de Género.

La implicación de los profesionales de Urgencias debe ser total teniendo en cuenta la posición de privilegio que tenemos dentro de nuestro campo de actuación.

El paciente percibe al personal que le atiende como a personas que le prestarán cuidados y ayuda, y en quien puede confiar, si previamente se crea un ambiente adecuado de seguridad y empatía. Todos estos factores facilitarán la comunicación verbal y no verbal, que nos lleve a la DETECCIÓN PRECOZ ante la sospecha.

Nuestra labor será la primera barrera para abortar la finalidad del maltratador, que no es otra que privar a la mujer de su DERECHO A LA VIDA, LIBERTAD Y EL BIENESTAR FÍSICO, SOCIAL y PSICOLÓGICO. Si no ponemos en marcha los mecanismos para denunciar la situación y proteger a la víctima podemos convertirnos en encubridores e incluso cómplices de un presunto delito de Violencia contra la Mujer.

En la Ley 7/2018 de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se produce un cambio en las definiciones de Violencia de Género, considerando desde ese momento víctimas de VG a:

1. La mujer, independientemente de su identidad u orientación sexual y de su edad, que sufra un daño o perjuicio por el hecho de ser mujer.
2. Los menores dependientes que sufran violencia por el hecho de sufrirlo la madre.
3. Cualquier persona que esté bajo guardia y custodia de la mujer víctima de violencia de género y que convivan en el entorno violento.
4. Las madres cuyos menores dependientes hayan sido asesinados en el contexto de violencia de género.

Además, siguiendo las recomendaciones del Convenio de Estambul, se consideran al menos conceptualmente como Violencia de Género las siguientes situaciones:

- El feminicidio
- Las agresiones y abusos sexuales
- El acoso sexual
- El acoso por razón de sexo
- La violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres
- La trata de mujeres y niñas
- La explotación sexual
- La mutilación genital femenina
- El matrimonio precoz o forzado
- Las violencias originadas por la aplicación de tradiciones culturales
- La violencia derivada de conflictos armados
- La ciberviolencia o cualquier otra forma de violencia que lesione la dignidad, la integridad o la libertad de las víctimas.

Desde el punto de vista Penal, los criterios que utilizamos para definir Violencia de Género son:

1. Violencia contra una mujer
2. Efectuada por un hombre
3. Llevada a cabo por la pareja o expareja (con quien tenga o haya tenido una relación afectiva), sin una duración determinada.

ACTUALIZACIÓN 2023

En la revisión del Protocolo de 2023, se realizan las siguientes modificaciones:

1. Incorporación del sistema de AVISO AUTOMATIZADO EMERGENTE en Triage en las mujeres que consulten por agresiones o accidentes y tengan antecedentes en el último año de Violencia de género
2. Incorporación del sistema de llamada confidencial TurnoSAS, con la posibilidad de marcar etiquetas predefinidas de Violencia de género
3. Actualización de los teléfonos de la Unidad de Trabajo Social
4. Enfatización del aviso a FyCSE en caso de hospitalización de la paciente
5. Aclaración de las actuaciones en caso de ingreso de la paciente.
6. Actualización de la Bibliografía

DEFINICIONES

Diferentes pacientes pueden ser atendidos en Urgencias por Maltrato. En los últimos años, se han utilizado diferentes denominaciones para la violencia ejercida contra la mujer: violencia doméstica, maltrato, violencia de género, violencia machista, y violencia contra la mujer. En los últimos tiempos, los conceptos que han ido imponiéndose son los de violencia contra la mujer y violencia de género.

En febrero de 2015 y atendiendo a diferentes tipos de pacientes susceptibles de maltrato, acordamos en el Servicio de Urgencias los motivos de consulta y la nomenclatura a utilizar. En el momento actual, y a tenor de las nuevas definiciones, se han actualizado las definiciones acordes al Protocolo de Actuación de la Consejería de Salud, e incluimos los siguientes:

1. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER:

- Se utiliza en triaje el motivo de consulta **“Sospecha VM”** (Sospecha de Violencia contra la mujer) para el caso en que se sospecha la VM pero la mujer no la refiere
- Se utiliza en triaje el motivo de consulta **“Refiere VM”** (Refiere Violencia contra la mujer) para el caso en que la mujer lo refiera directamente o lo hagan las FYCSE.
- Se utiliza en triaje el motivo de consulta **“SOSPECHA ABUSO SEXUAL + VM”** para el caso en que la mujer refiera una agresión sexual en el contexto de violencia de género o en el caso de sospecha de trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Criterios:

Violencia contra una mujer

Efectuada por un hombre

Desde el punto de vista Penal, sólo es VG si está llevada a cabo por la pareja o expareja.

Desde el punto de vista de las medidas de protección y sociales, no es imprescindible.

Se deben incluir los hechos y circunstancias antes desarrollados (violencia sexual, trata de mujeres para explotación sexual, etc).

Estos Motivo de consulta activan el Protocolo de Violencia contra la mujer

2. MALTRATO DEL ADULTO: Se utiliza en triaje el motivo de consulta “Sospecha MTA” (Sospecha de maltrato al Adulto):

Criterios:

Violencia mantenida en el tiempo (física, psicológica, abandono,...)

Efectuada contra adultos hombres o mujeres (más probable en ancianos o discapacitados)

Realizada por un igual o superior, que en el caso de mujer no cumpla criterios de VM.

Este Motivo de consulta No activa Protocolo de Violencia contra la mujer

3. MALTRATO INFANTIL:

- Se utiliza en triaje el motivo de consulta “Sospecha MTI” (Sospecha de Maltrato Infantil)

Criterio:

Cualquier violencia física, psicológica o sexual sobre niños, mantenida o puntual. La agresión entre niños no es Maltrato infantil aunque puede utilizarse Sospecha MTI. Este Motivo de consulta, activa el Protocolo de Maltrato infantil

- b. Se utiliza en triaje el motivo de consulta “Sospecha MTI + VM” (Sospecha de Maltrato Infantil + Violencia contra la mujer), en aquellos casos en que el maltrato infantil se haya producido en el contexto de Violencia de género (agresión directa, interposición en una agresión a la madre, exposición a agresiones contra la mujer, etc)

Es importante registrar este hecho, porque el niño y la madre se benefician de los recursos sociales y jurídicos destinados a la atención de víctimas de violencia de género.

El resto de pacientes que acudan por lesiones producidas deben considerarse como una AGRESIÓN. Para aclarar algunas circunstancias que puedan ofrecer dudas:

Parejas del mismo sexo: Puede ser Maltrato de Adulto pero no es Violencia contra la mujer
Violencia sexual contra la mujer: Motivo de triaje ABUSO SEXUAL. Solo activa Protocolo de Sospecha VM (ABUSO SEXUAL + VM) si:

- El presunto agresor es un hombre con una relación de afectividad previa o actual sin una duración determinada
- Sospecha de trata con fines de explotación sexual

En casos puntuales por conocido sin relación afectiva previa o desconocido se considera ABUSO SEXUAL

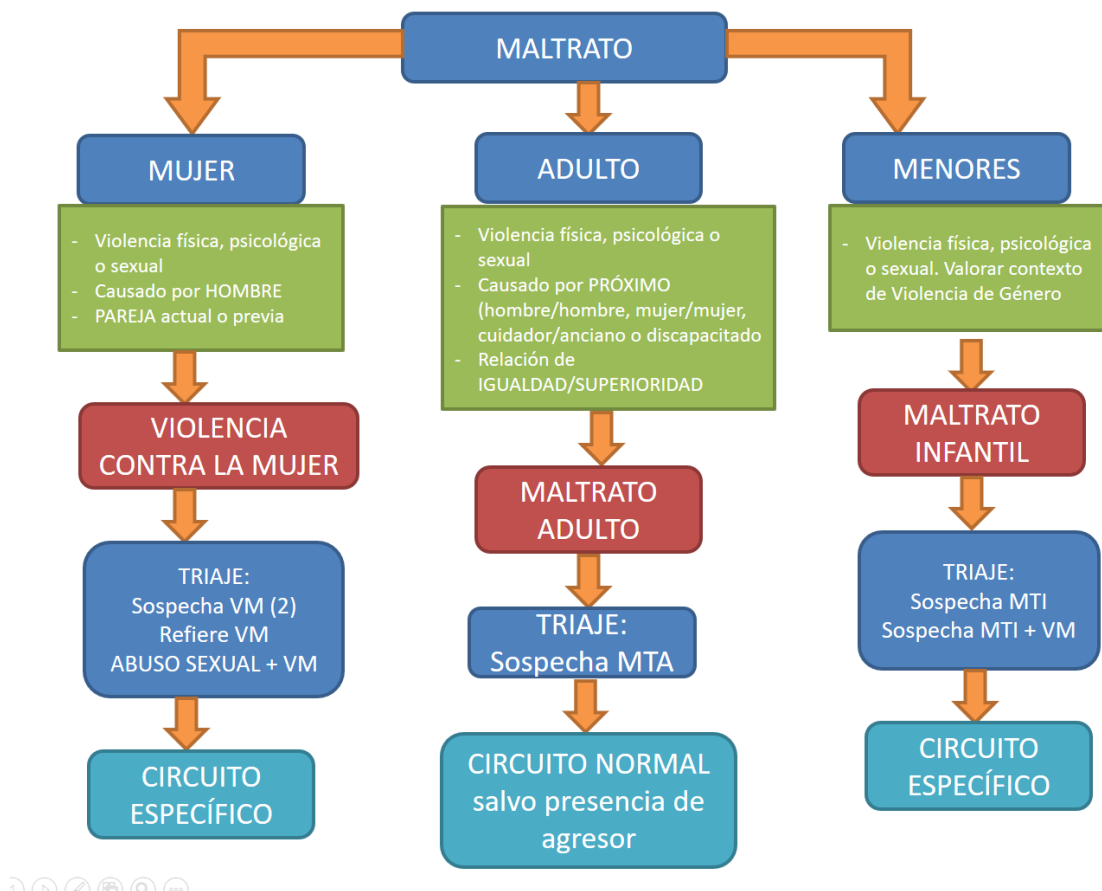
Abusos sexuales a niños: Activa Protocolo de Maltrato infantil

Agresiones entre niños: No es Maltrato infantil aunque se puede utilizar Sospecha MTI

Bullying (Acoso escolar): No es Maltrato infantil aunque se puede utilizar Sospecha MTI

Acoso cibernético: Se considera Maltrato infantil.

ESQUEMA GENERAL MALTRATO



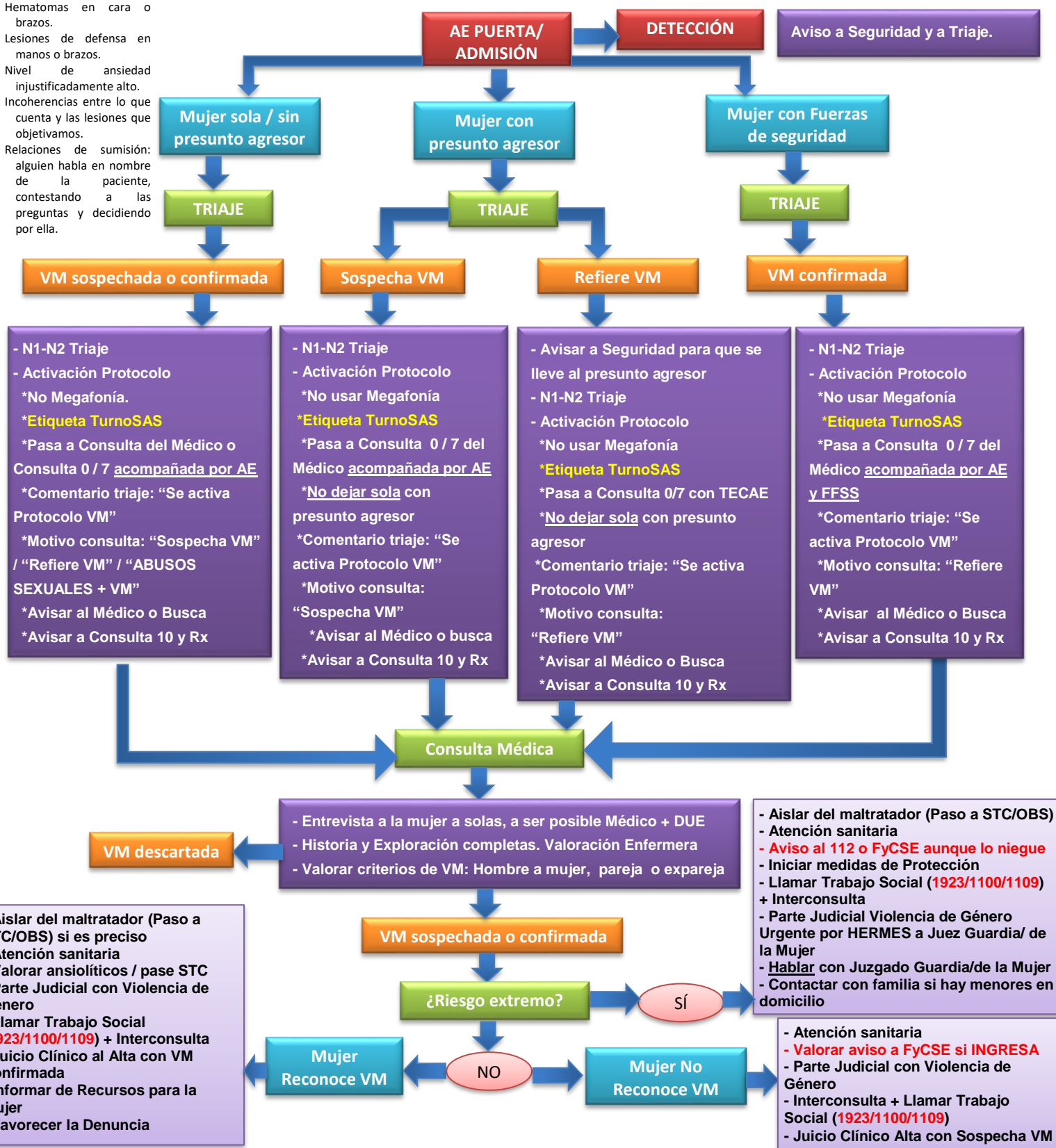
(1). La necesidad de que sea la pareja o expareja es a efectos de consideración Penal de la VM

(2). Deberían incluirse la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y otros abusos sexuales no generados por la pareja.

CIRCUITO ASISTENCIAL VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

SIGNOS DE ALARMA

- Hematomas en cara o brazos.
- Lesiones de defensa en manos o brazos.
- Nivel de ansiedad injustificadamente alto.
- Incoherencias entre lo que cuenta y las lesiones que objetivamos.
- Relaciones de sumisión: alguien habla en nombre de la paciente, contestando a las preguntas y decidiendo por ella.



ADMISIÓN

Actuación en el Área de Admisión: Ante la existencia de signos de alerta en la primera inspección por parte del TECAE de puerta de entrada, si la mujer refiere VM o cuando venga custodiada por las FyCSE, o presente otro indicador subjetivo, se procederá de la siguiente forma:

- Avisar a Triage de la posibilidad un maltrato. El TECAE de puerta acompañará a la paciente.
- Avisar al Servicio de Seguridad si es necesario.
- Actualizar y registrar la comprobación del teléfono de la mujer: anotar en el campo Observaciones "TELÉFONO CONFIRMADO"
- Se identificará a la paciente según el protocolo habitual donde conste el teléfono de aviso y si existe otro "TELÉFONO ALTERNATIVO" que no sea el de la pareja
- En los casos de Sospecha o Confirmación de VM, debe asignarse la característica de Información confidencial

TurnoSAS: En la aplicación TurnoSAS implantada para la regulación de la información y llamada por los circuitos de Urgencias, se podrá incorporar desde Admisión o en cualquier parte del circuito asistencial donde se detecte la sospecha o confirmación de VM una ETIQUETA denominada Violencia de género

Panel de etiquetas por cita

Seleccione las etiquetas para asociarlas a las citas o cree nuevas.

Se pueden crear nuevas etiquetas separándolas por comas mediante la caja de texto.

Escriba texto para buscar por nombre de etiqueta o crear nuevas

☐ Marcar todas las etiquetas

☐ BLOQUEO DE ACCESO AL SERVICIO

☐ EN CAMILLA

☐ EN SILLA DE RUEDAS

☐ mas cuidado

☐ NO HABLA CASTELLANO

☐ NO SABE LEER

☐ Preferente

☐ VIENE SOLO

☐ Violencia de género

Crear etiquetas

Guardar seleccionadas

Borrar etiquetas

Protocolo de Violencia contra la Mujer

SCCU. Comisión Interdisciplinar contra la Violencia de Género. 2023

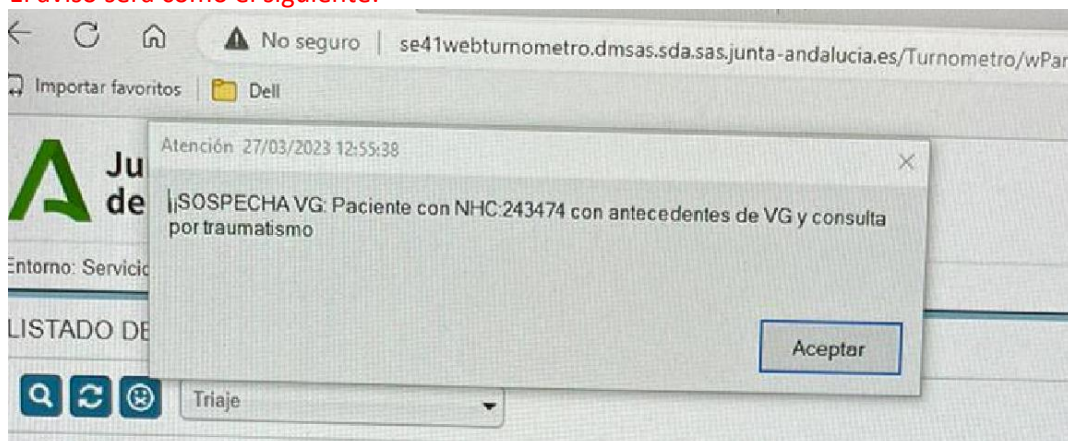


Ello hará que quede señalada la etiqueta en color azul y permitirá identificar a la mujer en todo el circuito asistencial.

Avisos automatizados: En aquellas mujeres que consulten en Urgencias por un ACCIDENTE CASUAL, ACCIDENTE DE TRABAJO o AGRESIÓN, y cumplan el criterio de haber tenido en el año anterior un episodio de Urgencias con parte judicial en el que quede marcado “Violencia de género”, se generará un aviso emergente en los ordenadores de Enfermería (TRIAJE y CONSULTA 10), donde se señale que ha ingresado una paciente con posible Violencia de género.

El objetivo es detectar de antemano casos donde la VM esté oculta y la paciente (acompañada o no), refiera una causa o causante distintos, y se pueda dirigir el interrogatorio desde el primer momento para descartar VM.

El aviso será como el siguiente:



TRIAJE

El código "Sospecha VM" se manejará para la sospecha no confirmada por la paciente y el código "Refiere VM" para la violencia confirmada por la mujer o por los acompañantes. Si se asocia una Agresión sexual por pareja o expareja, será "Abuso sexual + VM". Estos 3 motivos se asignarán a PATOLOGÍA GINECOLÓGICA, para que sean asignados a la Consulta 7. La sospecha puede ser una valoración subjetiva del personal de Enfermería, siguiendo una valoración de los indicadores de sospecha o signos de alerta. Siempre es conveniente registrar el en el comentario que se activa el protocolo de Actuación.

a) **Signos de alerta** que van a hacernos sospechar el maltrato y ante los cuales se podrá activar el Código "Sospecha VM" son:

- Síntomas ansiosos: Dificultad respiratoria, sensación de mareos, sensación de palpitación o temblores, hormigueos, miedo a morir o a volverse loca, hipervigilancia, estrés,...
- Síntomas depresivos: Baja autoestima, culpa, intento de suicidio, llanto, labilidad emocional, cansancio fácil, baja comunicación, agotamiento psíquico, astenia, anorexia, insomnio, alcoholismo,...
- Lesiones físicas: Traumatismos en cara, cuello, labios y espalda, hematomas en distintos estadios, rotura de tímpano, fracturas anómalas, fractura de cráneo, nariz y mandíbula, quemaduras con forma de objeto, corte, pinchazos y mordeduras, heridas desatendidas, mecanismos de lesión poco concordantes con la lesión,...
- Gineco-obstétricos: lesiones vulvares, dispareunia, embarazos no deseados, demanda repetida de anticoncepción de emergencia, abortos de repetición, vaginismo,...
- Comportamiento de la mujer: Se muestra ansiosa, evasiva o distraída, evita el contacto visual, miedo a hablar ante la pareja, actitud sumisa ante la pareja, contradicción entre la versión de la mujer y la de la pareja, vestimenta para ocultar lesiones, justificación o minusvaloración de las lesiones, falta de cuidado personal, trámites de separación o divorcio, ...
- Comportamiento del hombre: No quiere dejarla sola, habla por ella, le grita o hace comentarios negativos, controla la documentación o el teléfono, solicita acceder al historial clínico, cambia la versión de lo que cuenta ella,...
- Situaciones de mayor vulnerabilidad para mujeres con discapacidad: depresión, dificultad en la comunicación, baja autoestima, inseguridad, estado de sedación, nerviosismo, disfunción motora ajena a la discapacidad, deterioro de la capacidad física residual, miedo a relacionarse con otras personas, excesiva dependencia a terceras personas, escasa o nula participación en actividades sociales, desnutrición, desatención por la pareja...
- Factores de riesgo de mayor vulnerabilidad de mujeres extranjeras: ausencia de redes de apoyo, mujeres recién llegadas, barrera idiomática, situación de irregularidad administrativa, dependencia económica o situación laboral precaria, desconocimiento de los recursos....
- En menores de edad que hagan sospechar del maltrato a la mujer: accidentes frecuentes, alteraciones en el desarrollo, síntomas de estrés postraumático, fobias, ansiedad, trastornos disociativos, síntomas depresivos o intentos de suicidio, trastornos del sueño, insomnio, pesadillas, trastornos alimentarios, dificultades de aprendizaje y socialización, hipervigilancia...

b) **Actuación en la zona de Triage:** La actuación dependerá de cómo se presente la mujer.

1. Viene sola o acompañada pero no por el presunto agresor: Se valorará el motivo de consulta y en caso de Sospecha o Confirmación por parte de la mujer de la existencia de maltrato, se realizará

lo siguiente:

- Motivo de consulta: Sospecha VM o Refiere VM
- Comentario: Se activa protocolo VM
- Nivel de triaje: Será un Nivel 2 o 1, según la gravedad de las lesiones. Nunca menos prioridad de un 2.
- Se pedirá al TECAE que traslade a la enferma a la consulta del médico asignado o a la Consulta 0 o 7 si no se puede inmediatamente.
- No avisar por megafonía. **Incorporar en TurnoSAS la etiqueta de Violencia de género**
- Avisar al médico o al busca y a la Consulta 10. Si en Admisión no tienen constancia, avisar también.

2. Viene acompañada por el presunto agresor: Se valorará el motivo de consulta

***En caso de Sospecha, se realizará lo siguiente:

- Motivo de consulta: Sospecha VM
- Comentario: Se activa protocolo VM
- Nivel de triaje: Será un Nivel 2 o 1, según la gravedad de las lesiones. Nunca menos prioridad de un 2.
- Se pedirá al TECAE que traslade a la enferma a la consulta, del médico asignado, preferentemente la 7, con el presunto agresor. Simultáneamente **se avisará al médico** para que conozca la situación y que el presunto agresor acompaña a la enferma. El TECAE no dejará sola a la mujer en ningún momento.
- No avisar por megafonía. **Incorporar en TurnoSAS la etiqueta de Violencia de género**
- Avisar a la Consulta 10. Si en Admisión no tienen constancia, avisar también.

***En caso de Confirmación en triaje por parte de la mujer, se realizará lo siguiente:

- Motivo de consulta: Refiere VM
- Comentario: Se activa protocolo VM
- Nivel de triaje: Será un Nivel 2 o 1, según la gravedad de las lesiones. Nunca menos prioridad de un 2.
- Se activará al Servicio de Seguridad para que acompañen al presunto agresor
- Se pedirá al TECAE que traslade a la enferma a la consulta del médico asignado, preferentemente la 7, sin el presunto agresor. Simultáneamente se avisará al médico para que conozca la situación y que el presunto agresor está en urgencias. El TECAE no dejará sola a la mujer en ningún momento.
- No avisar por megafonía. **Incorporar en TurnoSAS la etiqueta de Violencia de género**
- Avisar a la Consulta 10. Si en Admisión no tienen constancia, avisar también.

3. Viene acompañada por las Fuerzas de Seguridad: Se valorará el motivo de consulta y se realizará lo siguiente:

- Motivo de consulta: Refiere VM, salvo que lo niegue a pesar de los que digan las FYCSE, en cuyo caso se pone Sospecha VM
- Comentario: Se activa protocolo VM
- Nivel de triaje: Será un Nivel 2 o 1, según la gravedad de las lesiones. Nunca menos prioridad de un 2.
- Se pedirá al TECAE que traslade a la enferma y a los acompañantes incluidas las Fuerzas de Seguridad a la consulta del médico asignado o a la Consulta 0 si no se puede inmediatamente.
- No avisar por megafonía. **Incorporar en TurnoSAS la etiqueta de Violencia de género**
- Avisar al médico o al busca y a la Consulta 10. Si en Admisión no tienen constancia, avisar también.

CONSULTA

Una vez que la supuesta víctima se encuentre en la consulta, siempre que sus condiciones físicas lo permitan, se procederá de la siguiente manera:

a) Entrevista:

Su objetivo es doble: establecer el diagnóstico y alcance de las lesiones de la paciente y en la medida de lo posible, confirmar o descartar de manera razonable la presencia de un supuesto caso de Violencia Contra la Mujer. Es la parte primordial y fundamental sobre la que se basa el proceso, y de su correcta aplicación y desarrollo (empatía con la paciente, sensación de seguridad que se transmita, claridad, acogida, intimidad...) dependerá el posterior trascurso del acto asistencial, el éxito de todo el plan de cuidados, la valoración física y psicológica de la paciente y el grado de ayuda y resolución del problema actual y futuro de la víctima.

Se proporcionará a la paciente un ambiente INTIMO Y SEGURO, ALEJADA en todo momento del posible maltratador. Nos presentaremos con nuestros nombres y cargos, explicando clara y brevemente nuestro propósito, proporcionando en todo momento un ambiente de seguridad y calidez.

La finalidad de la entrevista debe incluir:

1. Valoración biosicosocial
 - a. Situación clínica
 - b. Situación familiar
 - c. Situación sociolaboral
 - d. Red de apoyos
2. Valoración de la situación del maltrato
 - a. Tipo (físico, sexual, psicológico)
 - b. Intensidad y duración
3. Valoración de seguridad y riesgo (situación objetiva de riesgo y situación de peligro extremo)

Realizaremos la entrevista sin prisas y con atención, con un lenguaje coloquial y cargado de afecto. La EMPATÍA estará presente en todo momento.

Algunos consejos para el correcto desarrollo de la misma:

- Se recomienda que la entrevista se haga conjuntamente por un Médico y un Enfermero
- Usaremos frases cortas, que hagan saber a la paciente que la entendemos y la estimulen a proseguir el relato.
- Si la entrevista se está desviando, no interrumpir, dejar que acabe la frase y luego reconducir la entrevista.
- No apremiar a la paciente, se permitirá que la paciente haga uso del silencio y ordene sus pensamientos.
- Evitaremos las preguntas cerradas, porque las repuestas serían monosilábicas y nos aportarían poca información.
- Preguntar el mecanismo lesional
- Repreguntar el mecanismo lesional en otro momento porque con frecuencia se oculta
- Hacer preguntas generales sobre existencia de problemas en casa, la relación con su pareja, el temor a algo o alguien, alguna preocupación concreta.
- Plantear que lesiones como las que trae las ha visto en mujeres que han sufrido algún tipo de violencia o maltrato.

- Expresar la confidencialidad de lo que se hable en la consulta.
- Mejor hablar de forma directa aunque empática de la posible violencia

Una vez terminada la entrevista, se podrán dar dos circunstancias:

- a) **Maltrato descartado:** Se continuará la atención normal en función del diagnóstico y circunstancias acompañantes.

IMPORTANTE: Si existe una mínima sospecha de Violencia contra la mujer es preferible siempre cursar la Interconsulta a Trabajo Social, que posteriormente investigará junto a los Servicios Sociales de su municipio si existen datos de riesgo que inviten a realizar actuaciones. Esto no tiene implicación legal alguna para el posible agresor o para el profesional sanitario.

- b) **Maltrato confirmado o sospechado:**

En el maltrato confirmado se debe instar y facilitar a la mujer el que ponga la denuncia.

Si hay lesiones, se debe hacer el Parte Judicial de Violencia de Género.

Si no hay lesiones, o la mujer no quiere denunciar, se debe dar aviso a FISCALÍA

Incorporar en TurnoSAS la etiqueta de Violencia de género

Valorar datos de RIESGO EXTREMO para la mujer:

- Lesiones graves que requieran ingreso hospitalario
- El maltratador no respeta la Orden de Alejamiento
- Intento de poner fin a la relación
- Aumento de intensidad o frecuencia de la violencia
- Agresiones durante el embarazo, el postparto o la lactancia
- Abusos sexuales repetidos
- Comportamiento violento fuera del hogar
- El maltratador la ha retenido contra su voluntad
- Retirada de la Denuncia, renuncia a la Orden de Protección o reanudación de la convivencia
- Verbalización de “miedo” por parte de la mujer
- La percepción de peligro por parte de la mujer, así como por otros miembros del entorno familiar debe ser siempre considerada como riesgo extremo

En cualquiera de estas circunstancias, debe realizarse lo siguiente:

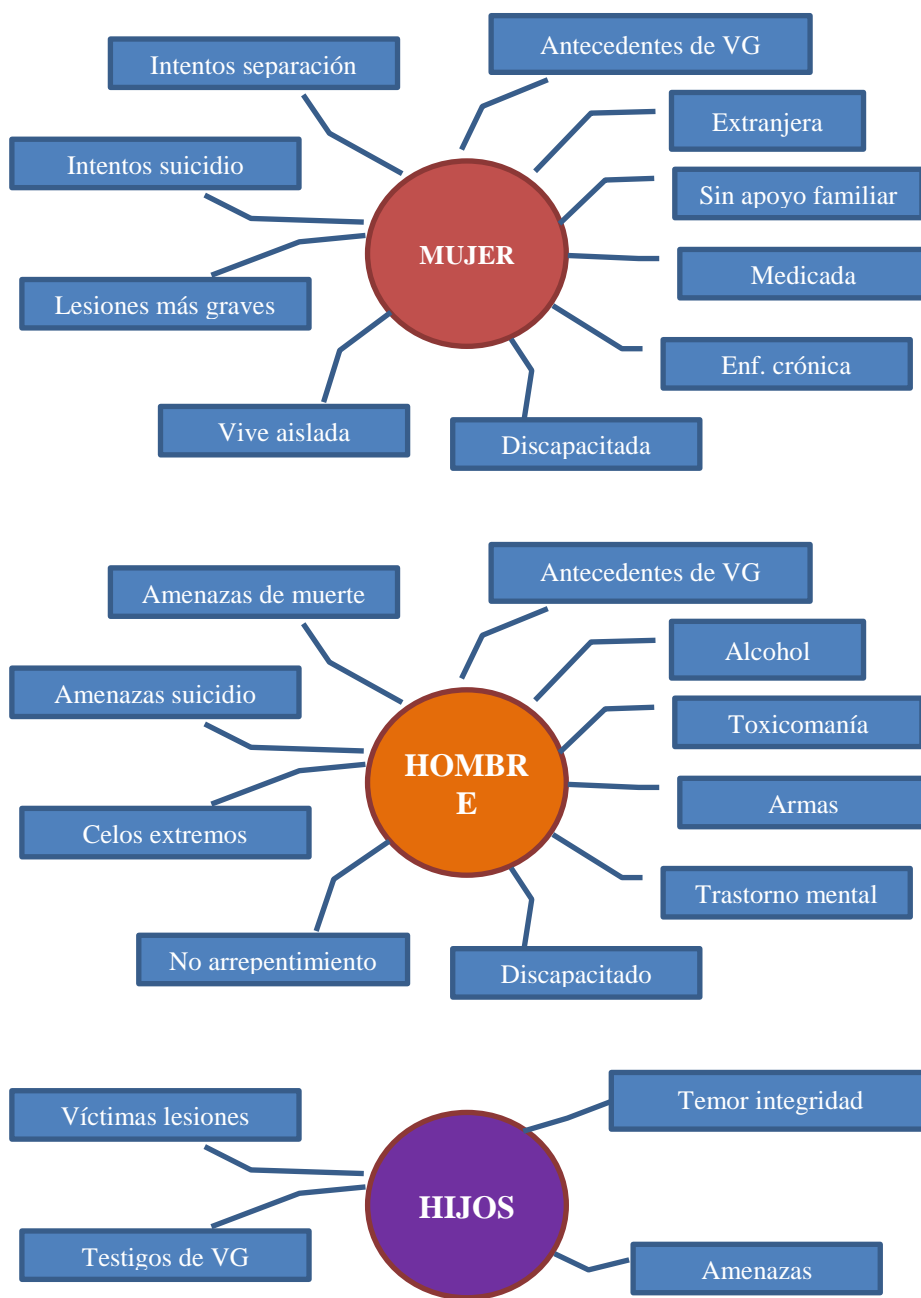
- Aislar a la mujer del maltratador (puede requerir paso a STC/OBS, acompañada o no de Fuerzas de Seguridad)
- Atención sanitaria según precise
- **Aviso al 112 o a FyCSE para comunicar la situación de riesgo extremo y sospecha o confirmación de VM, aunque la mujer la niegue**
- **Llamar a Trabajo Social (1923/1100/1109) en horario laborable y cursar siempre la Interconsulta**
- Cursar siempre Parte Judicial de Violencia de Género Urgente por HERMES al Juzgado Guardia o de la Mujer. Hablar con Admisión.
- Comunicar con el Juzgado Guardia/de la Mujer la presencia de datos de riesgo extremo
- Contactar con familiares si hay menores o personas dependientes de la mujer en domicilio
- Juicio Clínico al Alta con Maltrato a la Mujer Confirmado
- Iniciar medidas de Protección

PACIENTES QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

En caso de que la paciente requiera ingreso hospitalario, los profesionales deberán asegurarse de lo siguiente:

1. Comunicar a los profesionales sanitarios que van a seguir la atención de la paciente en Hospitalización, tanto enfermeros como facultativos.
2. Informar a Admisión para que:
 - a. La paciente se ubique en una habitación próxima al control de enfermería
 - b. Se lleve a cabo restricción de las visitas
 - c. Se incorpore la característica INFORMACIÓN CONFIDENCIAL en la Historia Clínica.
3. Garantizar que la Seguridad del Hospital y en su caso las FyCSE conocen la situación de riesgo extremo por si se requiere algún tipo de protección intrahospitalaria. Sobre todo si se sospecha o conoce que existen órdenes de alejamiento.
4. Dejar registro en la Historia clínica de la situación y dejar puesta la Interconsulta a Trabajo social.

DATOS OBJETIVOS DE RIESGO



ACTUACIÓN EN RIESGO EXTREMO

1. Informar a la mujer:
 - a. Situación en la que está
 - b. Que la situación es un delito, y facilitar la denuncia
 - c. Informar de la red de recursos
 - d. Informar de la situación de peligro en que se encuentra
 - e. Explicar la Estrategia de Seguridad ante una posible Situación de Peligro Extremo, Plan de Huida y Escenario de Protección
2. Parte al juzgado, leerlo a la mujer y explicarle las consecuencias.
 - a. Realizar fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito. Se pueden enviar las fotos por HERMES (Teléfono de Teleictus en Admisión)
 - b. Reflejar en el Parte al Juzgado si ha habido asistencias previas por malos tratos
3. Activar el Protocolo de Protección del Centro (Anexo 1), si la valoración de la Situación de Peligro Extremo fuera positiva o hubiera Orden de Alejamiento o de Protección.
4. Activar las FYCS, para garantizar la protección de la mujer.
5. Valorar la necesidad de derivación a otros dispositivos sanitarios
6. Derivación a otros recursos no sanitarios o Centro de Información a la Mujer
7. Centro de Emergencia: si no dispone de recursos propios o lugar seguro alternativo al domicilio, se llamará al Teléfono de información 24 horas del IAM (900 200 999), para solicitar un centro de acogida inmediata.
8. Interconsulta a Trabajo Social del centro

Si no hay datos de riesgo extremo, se debe valorar con la entrevista y las pruebas, y podrán darse dos circunstancias:

1. La paciente RECONOCE EL MALTRATO.

- Aislar a la mujer del maltratador (puede requerir paso a STC/OBS, acompañada o no de Fuerzas de Seguridad)
- Atención sanitaria según precise
- Valorar el estado emocional y administrar ansiolíticos o pasar a STC si lo precisa
- Parte Judicial de Violencia de Género especificando el tipo de Violencia (pueden ser varios)
- **Llamar a Trabajo Social (1923/1100/1109) en horario laborable y cursar siempre la Interconsulta**
- Informe de alta con Juicio Clínico al Alta que recoja la existencia de Maltrato a la Mujer Confirmado
- Informar a la paciente de la Guía de Recursos Locales para la mujer (Hoja Informativa en las Consultas)
- Favorecer la presentación de la Denuncia

2. La paciente NO RECONOCE EL MALTRATO aunque nosotros lo sospechamos.

- Atención sanitaria según precise
- Parte Judicial de Violencia de Género si hay lesiones. Si no, notificación a Fiscalía
- Llamar a Trabajo Social (3-3121/3-3096) en horario laborable y cursar siempre la Interconsulta
- Informe de alta con Juicio Clínico al Alta que recoja la existencia de Sospecha de VM

En caso de que la mujer no quiera que aparezca el JC con Violencia contra la mujer, se puede entregar un informe sin ese término, y bien realizar un segundo informe que quedará en la historia Clínica, o anotar una evolución explicando el hecho. Siempre deberá cursarse parte judicial e interconsulta a TS.

IMPORTANTE: En los casos que vienen acompañados por las Fuerzas de Seguridad, **es obligatorio también poner la interconsulta a Trabajo Social**, porque no siempre se lleva a cabo por parte de los agentes de la autoridad.

PARTE JUDICIAL:

Si no se realiza Parte Judicial por existir uno previo por el mismo hecho (en Urgencias extrahospitalarias), debe dejarse claramente reflejado en la Historia Clínica. Ante la duda, siempre es mejor hacerlo

JUICIOS CLÍNICOS AL ALTA:

Dependiendo de la situación de Sospecha o Confirmación, y del Riesgo valorado (SOR: Situación objetiva de Riesgo y SPE: Situación de Peligro Extremo) valorada podrá ser:

1. Sospecha VM sin SOR
2. Sospecha VM con SOR
3. Confirmación VM sin SPE
4. Confirmación VM con SPE.

CASOS DE AGRESIÓN SEXUAL:

Si en caso de violencia contra la Mujer coexisten lesiones físicas con violación:

La paciente será atendida inicialmente por los Médicos de Urgencias, que activarán inmediatamente al Servicio de Ginecología y al Juez de Guardia para que envíe al Médico Forense. En todo momento se deben conservar las pruebas. Hay que garantizar las siguientes medidas:

- Debe desnudarse sobre una sábana blanca y limpia.
- No comer ni beber.
- No tomar medicamentos, salvo los prescritos.
- No realizar enjuagues de boca.
- No cepillarse los dientes.
- Evitar orinar y/o defecar.
- No demorar la toma de muestras.
- Se debe colaborar con los peritos en la toma de muestras, facilitando el material necesario para la realización de éstas.
- Se activará a los Especialistas necesarios, según protocolos específicos de las diferentes patologías que presenta la víctima. Si la paciente necesitase la exploración de algún especialista, se contactará con ellos para solicitar su presencia y no tener que trasladar a la víctima.
- Serán solicitadas las pruebas complementarias necesarias, según los medios disponibles.
- Establecer los diagnósticos.
- Realizar los tratamientos oportunos, provisionales o definitivos y prescribir las recomendaciones terapéuticas que se consideren necesarias.
- Formalizar los documentos en papel adecuados: Informe de Alta, Parte Judicial.
- Activación del Procedimiento contra la Violencia Contra la Mujer, alertando al Sistema Judicial y Policial. Se contactará con los mecanismos sociales de ayuda y protección tal como hemos considerado en apartados anteriores.

TIPOS DE LESIONES:

Las lesiones pueden ser de tres tipos:

- Psíquicas.
- Físicas.
- Génito-anales.

a) Psíquicas:

Las psíquicas pueden presentarse en diferentes formas clínicas. Ante la presencia de las mismas se planteará el traslado para valoración por Psiquiatría al Hospital de Referencia o la valoración en el Centro de Salud Mental una vez finalizada la atención médica. Las más frecuentes son:

- Reacciones de estrés:
 - Agudo.
 - Postraumático.

- Trastornos de adaptación.
- Cuadros ansiosos
- Cuadros depresivos
- Somatizaciones diversas.
- Transformaciones persistentes de la personalidad.

b) Físicas:

En lo referente a las lesiones físicas, las mismas suelen tener unas características comunes:

- Son más frecuentes las lesiones leves.
- Coinciden en la misma persona lesiones de diferente fecha.
- Son habituales las lesiones por defensa.
- No suelen existir lesiones que indiquen extrema pasividad de la víctima.
- Localizadas en su mayor parte en zonas no visibles.
- Es clásica la hipoacusia acompañante por lesión timpánica.
- Son menos frecuentes las lesiones en columna y miembros inferiores
- Cuando deciden acudir al médico, lo hacen cada vez con lesiones más graves.

Es necesario describir de forma detallada los datos que se puedan obtener de la inspección, palpación, percusión y/o auscultación de todas las lesiones físicas traumáticas que presente la paciente. Para ello analizaremos:

I. Naturaleza de la lesión.

Gran parte de las lesiones físicas que se presentan en pacientes víctimas de malos tratos están dentro de los siguientes grupos lesionales:

- Contusión: Lesión traumática producida en los tejidos, por el choque violento de un objeto romo, de ordinario sin solución de continuidad de la piel. Se manifiestan con: eritema o enrojecimiento, equimosis, sugilaciones, hematoma. Colección o bolsa
- Erosión / Arañazo: Pérdida de continuidad de la piel muy superficial y ligera, con mínimo sangrado, hecho habitualmente con la uña, alfiler u otro objeto.
- Abrasión: Pérdida de continuidad de la piel superficial, hecho por mecanismo de raspado o arrastre.
- Herida: Pérdida de continuidad de la piel, por mecanismo traumático externo o interno. (Se pueden clasificar en función de la forma y por su mecanismo lesional).
- Laceración: Pérdida de continuidad de la piel, por mecanismo de desgarró.
- Quemadura: Lesión producida por el calor en sus diversas formas. Según la intensidad de las lesiones se dividen en 1º, 2º y 3er grados.
- Esguince: Torcedura o distensión violenta de una articulación, sin luxación, que puede llegar a la rotura de algún ligamento o fibras musculares próximas.
- Luxación: Dislocación de la congruencia articular de las articulaciones.
- Fractura: Solución de continuidad de los huesos.
- Amputación: Separación completa del cuerpo de un miembro o parte de él.
- Lesión de órgano o víscera: Daño ocasionado a alguna de los órganos o vísceras existentes en cavidades craneal, torácica o abdominal.
- Lesión de cavidad: Daño ocasionado al penetrar o exteriorizar alguna de las cavidades corporales

(pleural o peritoneal).

- Ahogamiento: Impedir la respiración de una persona, sumergiéndola en el agua, u otro medio.
- Estrangulación: Oprimir el cuello de una persona hasta impedir la respiración.
- Incineración: Reducir un cuerpo a cenizas utilizando altas temperaturas.
- Mutilación: Cortar o cercenar una parte del cuerpo.

II. Localización anatómica

Es importante especificar la situación del daño, dado que pueden coexistir lesiones muy próximas, de diferentes fechas de producción, que confunden a diferentes profesionales en posteriores reingresos.

- En algunos casos se utiliza como base el hueso que se sitúa debajo de la zona lesionada.
Ej. Contusión zigomática derecha
- Cuando es un hueso largo se habla de 1/3 proximal, medio o distal y en la cara ventral, dorsal o borde externo e interno.
- Hay veces, que la zona tiene un nombre que la define claramente
Ej. Erosión en pirámide nasal.
- Si se trata del tórax, se indica el arco costal sobre el que asienta y la referencia vertical de clavícula, axila y escapular.
- El abdomen está clásicamente dividido en cuadrantes, lo que facilita nombrar el daño.
- Ante lesiones que afectan a partes blandas concretas, se designa ésta.
Ej. Contusión gemelar izquierda.

III. Forma.

La descripción de la forma puede en algunos casos facilitar la identificación del objeto agresor y a veces aparece un eritema que permanece durante un corto periodo de tiempo en la piel.

Ej. Hebilla de cinturón, impresiones digitales, etc.

IV. Disposición.

Es difícil, en ciertos casos, determinar la dirección y profundidad de las lesiones, principalmente heridas, donde es necesaria una exploración quirúrgica. Esto no debe, en ningún caso, hacer omitir otro tipo de lesiones donde la dirección y profundidad son sencillas de aclarar.

V. Longitud relativa.

Siempre se debe determinar la longitud de la lesión, expresándola en medidas que posteriormente se puedan comparar.

Ej. Centímetros, tamaño de monedas, etc.

VI. Aspecto, color, sangrado, etc.

A veces, la única forma de averiguar el tiempo de evolución de una lesión es por su aspecto, color y si presenta un sangrado actual o incluso activo.

Incluso puede ocurrir que los datos recogidos en la anamnesis no concuerden con los datos de la evolución de la lesión. El recoger esta información puede aclarar diferentes situaciones.

c) Génito-anales:

- Contusiones y heridas en muslos.
- Sangrado genital y/o anal por desgarros.
- Contusiones y heridas en genitales externos y mamas, que pudieran, incluso, comprometer la vida

de la paciente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Se solicitarán las pruebas complementarias que sean necesarias para establecer el Juicio Clínico, recabar la información necesaria para realizar la prevención de gestación, ETS y realizar la toma de muestras necesarias para la peritación por parte del Forense de Guardia.

Ante cualquier traumatismo con sospecha de fractura o luxación se debe realizar el correspondiente estudio radiológico simple necesario para esclarecer el diagnóstico.

En caso de necesidad, se solicitará el estudio de TAC, RM o cualquier estudio que corresponda según protocolos específicos.

La analítica rutinaria, si fuese necesaria, se realizará y remitirá de la forma habitual.

En casos de **Agresión sexual**, la toma de muestras se realizará por el Forense y Ginecólogo o en su ausencia, quien el juez determine oportuno. Es de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos. Debe ser realizada lo más pronto posible, y sin previa manipulación de genital es o ropas, por lo que la víctima debe acudir al centro sanitario sin lavarse ni cambiarse de ropas tras la agresión.

Las muestras a tomar deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas, detallando el nombre de la víctima, fecha, características, etc., y enviadas correctamente conservadas y custodiadas para su análisis al Instituto Nacional de Toxicología, según la cadena de custodia.

Lo más adecuado es que la toma de muestras sea realizada por el Médico Forense en el Centro Sanitario y se haga conjuntamente el reconocimiento médico clínico con el pericial. De esta forma, la intervención coordinada es más eficaz y se evitan posteriores reconocimientos a la víctima.

Las muestras que se deben tomar:

- UÑAS: se puede realizar el recorte de las uñas durante la exploración general, se envasaran cada uña por independiente, indicando en cada envase a qué dedo y qué mano corresponde. Muestras de las uñas, para ver si existen restos de sangre y/o restos epidérmicos del agresor.
- VELLO PUBIANO: Se puede hacer mediante peinado con cepillo ginecológico o quirúrgico, antes de comenzar la exploración ginecológica.
- ORINA: para realizar pruebas de embarazo o determinación de infecciones. La víctima no debe orinar antes de la toma de muestras.
- SEMEN en cavidad anal, vaginal u oral. Esta toma tiene por objeto investigar la presencia de semen, determinación de espermatozoides, y estudio de ADN para proceder a la identificación del agresor. Los espermatozoides no se suelen ver completos transcurridas 12 horas, pero sí puede determinarse la Fosfatasa Ácida hasta 30 horas después, al igual que la Glucoproteína de origen prostático.
- EXUDADO y CITOLOGÍA para la determinación de ETS.
- SANGRE para la determinación de ADN, SIDA, ETS, hepatitis B y C. La toma de sangre se realiza también para contrastar los resultados, descartar que los grupos sanguíneos ABO y ADN pertenecen al agresor y no a la víctima.
- Estudio de marcadores de enfermedades infecto-contagiosa: SIDA. hepatitis B Y C.

Para la toma de muestras y exploración ginecológica se debería disponer en un determinado lugar un set específico, así como de un manual de normas para la toma de muestras y preparación y remisión de las mismas al instituto de toxicología.

PARTE JUDICIAL:

El parte Judicial es una herramienta común a todos aquellos casos de lesiones o fallecimientos que deban ser puestos en conocimiento del juzgado. El parte va a permitir al juzgado abrir diligencias para la persecución del delito y para la protección de la mujer y su entorno más inmediato. Ser muy metódico y cumplimentar bien todas las secciones va a facilitar enormemente la tarea del juzgado para perseguir ese delito y poder proteger a la mujer, además va a facilitarnos con su explotación que hará que podamos planificar mejor todas aquellas acciones de prevención y atención a la violencia desde el sistema sanitario. No es necesario tener constancia fehaciente de que existe una situación de maltrato, basta solamente con que lo sospechemos o que la propia mujer nos lo haya comunicado.

Los **criterios de calidad para una adecuada cumplimentación del Parte judicial** son los siguientes:

- Datos de Filiación actualizados y teléfono seguro para la mujer.
- Lugar y hora del hecho violento.
- Tipo de violencia de género (marcadas las casillas correspondientes).
- Descripción de las lesiones físicas, estado psíquico y emocional.
- Medidas terapéuticas administradas.
- Pronóstico de las lesiones.
- Plan de actuación (ingresos, derivaciones...).
- Datos de peligro o riesgo detectados (aumento de la intensidad de la violencia, amenazas de muerte a ella o sus hijos, si el agresor posee armas).
- Testigos que presenciaron.
- Si los hijos u otras personas dependientes de la mujer están sufriendo la violencia, registrarlo.
- Si se trata de una sospecha, justificar tal sospecha.
- Si reconoce la situación de Maltrato, registrarlo.
- Si tiene miedo, registrarlo.
- Firma del profesional que lo emite

EVENTOS CENTINELA

Los casos de Violencia de Género tienen diversas características que los convierten en un reto para la seguridad del paciente:

- Implican actos de violencia poco controlables
- Se asocian a una situación de conflicto emocional, dependencia, vergüenza y aislamiento social y un enorme miedo, que dificultan el alejamiento de la fuente de violencia.
- Requieren sensibilización y alto nivel de sospecha en muchas ocasiones por parte de los profesionales sanitarios, al manifestarse en muchas ocasiones de manera engañosa u oculta.
- Es necesario implicar a muchos niveles y administraciones para garantizar una protección efectiva de la mujer y su entorno familiar.

Por todo ello, la atención sanitaria que requieren las mujeres víctimas de violencia de género puede verse afectada por situaciones en las que no se consiga un detección y protección efectivas, pudiendo dar lugar a eventos adversos.

En nuestra unidad, debemos considerar como eventos centinela cualquiera de los siguientes:

- FUGA de una mujer en la que se identifica una Sospecha VM antes de su atención o durante la misma.
- Agresión grave extrahospitalaria sobre una mujer que ha consultado previamente en Urgencias y en la que no se han detectado Situaciones de Riesgo
- Mujer con situación objetiva de riesgo o peligro extremo en la que no se articulan medidas efectivas de protección.
- Agresión dentro del hospital a una mujer con Situación Objetiva de Riesgo

Actuación ante un Evento centinela:

- Comunicar como Evento Adverso a través de la aplicación específica en la intranet
- El Grupo de Seguridad junto a la Comisión de Violencia de Género analizarán con Protocolo de Análisis Causa-Raíz el evento según la metodología establecida en la Comisión de Seguridad del Centro. Se encuentran disponibles los formularios específicos para ello.
- Una vez analizado, se propondrá la modificación de aquellos elementos procedimentales o de formación necesarios para reducir el riesgo de nuevos eventos centinela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejería de Salud y Consumo. 3ª ed, 2020. Junta de Andalucía
2. Protocolo de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género 2ª Edición 2020. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía
3. Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales. 1ª Edición 2020. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía
4. Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género
5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
6. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
7. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
8. Istanbul Convention Action against violence against women and domestic violence. <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>
9. Guía para la comunicación de la violencia de género Fuerzas y cuerpos de seguridad. Consejería de Justicia e Interior, 2014. Junta de Andalucía.
10. Proyecto mejora coordinación institucional y diseño del Plan Personalizado de Seguridad y Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género. Consejería de inclusión social, juventud, familias e igualdad. Junta de Andalucía.

Anexo 1: Plan de Protección del centro

Este Protocolo se activará siempre que se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

- Siempre que la mujer refiriera o se conozca por otra fuente la existencia de **Orden Judicial de Protección para la mujer u Orden de Alejamiento** para el maltratador, aunque el motivo de consulta sanitaria no esté relacionado con maltrato.
- Si se han detectado en la entrevista de valoración **factores de riesgo para la integridad física de la mujer o de peligro extremo**, y el presunto maltratador se encuentra en el centro sanitario y puede acercarse a la mujer.

Las medidas que se deben contemplar son:

1. La mujer deberá ser **acompañada** por personal sanitario en todos sus desplazamientos por el centro sanitario.
2. No se debe utilizar **megafonía** para localizar a la paciente
3. Se debe informar a los trabajadores del **Servicio de Seguridad** del Hospital
4. Si es **trasladada a otro centro deberá ser acompañada** por personal sanitario, y si se estima necesario, por las FYCS.
5. Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de **notificar** con carácter urgente al equipo a cargo de la mujer **cualquier intento de aproximación que efectúe el presunto maltratador** y si éste tuviera una Orden de Alejamiento o una Orden de Protección.
6. El **quebrantamiento de una Orden de Alejamiento/Orden de Protección** supone un delito, así como un grave riesgo para la integridad física. Por ello, el equipo responsable deberá poner este hecho en conocimiento de las FYCS de forma inmediata, tomando las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la mujer hasta la llegada de éstas.
7. **Se protegerá del contacto con el presunto maltratador**, aunque la mujer manifieste su deseo de verlo o hablar con él.
8. **Recoger en la Historia Clínica las medidas de protección adoptadas**. Si en algún momento se ve amenazada la seguridad del personal sanitario por parte del supuesto maltratador se avisará al personal de seguridad del centro sanitario y si se estima necesario, a FYCS.
9. Garantizar la seguridad de la mujer **no facilitando información de la misma** durante su estancia en el centro: Comunicar a la Unidad de Atención a la Ciudadanía y a los Servicios de Admisión la prohibición de facilitar cualquier información sobre la situación. Se puede activar el check de CONFIDENCIAL en la Historia Clínica.
10. Comunicar igualmente al Servicio de Atención a Pacientes, al Servicio de Información y a centralita telefónica la **prohibición de facilitar cualquier tipo de información**.
11. Comunicar a todo el personal del servicio y a todo el personal implicado en su asistencia que no se debe facilitar información sobre la situación de la mujer, ni su ubicación. Mientras ella permanezca en el centro sanitario debe encontrarse en un espacio seguro, bajo la vigilancia del personal de Enfermería (consulta aislada de la entrada para evitar la entrada del supuesto maltratador) y si es posible, estará siempre acompañada por la persona que ella decida: familiar o persona de su confianza o, en su defecto, personal del centro. En principio, los lugares reservados son las consultas 0 y 7 de Urgencias que tienen doble puerta de acceso, la Sala de Tratamientos Cortos y el área de Observación.

Anexo 2: CATÁLOGO DE ACTUACIONES AVANZADAS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La sospecha o confirmación el caso de violencia contra la mujer, se lleva realizando en triaje con el motivo de triaje SOSPECHA VM. Desde aquí se activa al equipo interdisciplinar que corresponda para empezar con la asistencia conjunta en la consulta médica.

Durante este año nos marcamos como objetivo, mejorar el abordaje de la violencia contra la mujer en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA

1. Identificación y Asignación de Prioridad en Clasificación Avanzada.

Será, en la mayoría de las situaciones de Urgencias, el personal de Enfermería quien en un primer contacto con la mujer, durante la Clasificación Avanzada realizará la recepción y primera valoración sanitaria. Será el momento de detectar la sospecha de maltrato a la mujer, para ello asegurando la confidencialidad, con la mujer a solas, le preguntará por la causa de su malestar o de sus lesiones.

Si la respuesta es negativa hacia Confirmación de Violencia de género, se asignará Nivel de Prioridad 1 u 2, según la situación clínica de la mujer, y se anotará en el motivo de consulta Sospecha VM.

Si la respuesta es afirmativa hacia Confirmación de Violencia de género se asignará Nivel de Prioridad 1 u 2, según la situación clínica de la mujer, y se anotará en el motivo de consulta Refiere VM.

2. Modificación del procedimiento de Clasificación Avanzada de Enfermería en violencia de género.

Durante el 2021 se actualiza nuestro protocolo con la última versión del Protocolo andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, editada en 2020, donde incluimos en la Clasificación avanzada de enfermería de urgencias en violencia contra la mujer, tres nuevos motivos de consulta como son:

- Agresión sexual + refiere VM
- Sospecha maltrato infantil + VM

como herramienta de detección precoz, y estableciendo un circuito de atención preferente para las víctimas como para pacientes vulnerables.

3. Diseño de la Valoración de enfermería en mujeres víctimas de violencia de género.

El proceso enfermero será individualizado, cada caso será diferente, no existiendo un plan de cuidados estandarizado. Para el abordaje de la mujer se deben realizar la valoración del riesgo y una valoración de enfermería de los problemas físicos, psíquicos y sociales derivados de la situación.

Existen muchos diagnósticos de enfermería, aunque los más prevalentes entre las víctimas de violencia de género son:

- Ansiedad
- Aislamiento social
- Baja autoestima situacional

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
 - Riesgo de suicidio
 - Conflicto de decisiones
4. Diseño del plan de Cuidados de enfermería al alta.
- Se realiza un Plan de Cuidados de enfermería para víctimas de violencia, para estandarizar la intervención y asegurar la continuidad asistencial.
- Una vez que la paciente es dada de alta desde urgencias, este caso será notificado a la Coordinadora del área para su posterior coordinación con atención primaria.
5. Monitorización y diseño del cuadro de mando
- Durante este año, nos proponemos monitorizar los casos atendidos en urgencias y para ello se elabora un cuadro de mandos, definiendo los indicadores para medir el abordaje de la violencia de género. A través del cuadro de mando podemos ir tomando decisiones para la mejora continua.

Anexo 3: Información sobre recursos sociales para la mujer

Guía de recursos

Centros Municipales y Puntos de información a la Mujer del Aljarafe

ALBAIDA DEL ALJARAFE (PIM)

954110825 | C/Libertad nº 2.

ALMENSILLA (PIM)

682052696 | C/Aire nº 37-39.

AZNALCÁZAR (PIM)

955751960 | Plaza del Cabildo nº 1.

AZNALCÓLLAR (PIM)

954135595 | Plaza de la Constitución nº 1.

BENACAZÓN (PIM)

955709999 (ext.1) | C/Real nº 26.

BOLLULLOS DE LA MITACIÓN (PIM)

955765000 (Ext. 508) | C/Antonio Machado s/n (Edificio Policía Local).

BORMUJOS (CIM)

955406170 | Hacienda Belén C/ Montesierra s/n.

CARRIÓN DE LOS CESPEDES (PIM)

954755126 | Plaza de la Constitución nº 4.

CASTILLEJA DE LA CUESTA (CIM)

954161311 / 954161707 | Centro Cívico Avda. Juan Carlos I, s/n Barriada Nueva Sevilla.

CASTILLEJA DE GUZMÁN (PIM)

955721730 | Plaza de España nº 1.

CASTILLEJA DEL CAMPO (PIM)

954755531 | C/Antonio Machado nº 1.

CHUCENA (PIM)

954110825 | C/Libertad nº 2

ESPARTINAS (PIM)

955714860 / Extensión 2118/2119 | Avda. Alcaldesa Mª Regla Jiménez, Nº 152.

GINES (CIM)

678021873 / 678021848 | C/ Sevilla, nº 10.

HINOJOS (PIM)

676842578 / 959364810 | Casa de la Cultura, Avda. Reyes Católicos, nº 5.

HUÉVAR DEL ALJARAFE (PIM)

954756404 | Avda. de la Alegria s/n.

MAIRENA DEL ALJARAFE (CIM)

954178931 | Ciudad Aljarafe. Conjunto 16, Casa de la Juventud.

OLIVARES (PIM)

954963815 | Centro cívico municipal El Prado. Avda. del Loreto s/n.

PALOMARES DEL RÍO (PIM)

955763012 | Avda. de Mairena s/n. Centro de Servicios Sociales.

PILAS (CIM)

955754891 | C/ Marqués de Santillana, nº 68.

SALTERAS (CIM)

955708965 | C/Blanco White nº 13.

SAN JUAN DE AZNALFARACHE (CIM)

954178810 | C/Conde de Barcelona nº 75.

SANLÚCAR LA MAYOR (PIM)

955100600 Ext. #1081 #1215 | C/Juan Delgado nº 2.

TOMARES (CIM)

954159120 Ext 1602 | C/De la Fuente nº 10.

UMBRETE (PIM)

955715300 (ext. 01030) | Cruz Quiteria nº 9.

VALENCINA DE LA CONCEPCIÓN (PIM)

955721720 (ext. 146) | C/Cervantes nº 2.

VILLAMANRIQUE DE LA CONDESA (PIM)

955755300 | C/Obispo José María Márquez nº13.

VILLANUEVA DEL ARISCAL (PIM)

954113035 / 955714885 | C/Avda. de Andalucía s/n.

TELÉFONOS DE INTERÉS:

SERVICIO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS: 016 - 90020099- 900116016 (PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y/O DEL HABLA)

SERVICIO DE ASISTENCIA JURÍDICA Y PSICOLÓGICA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES (ASOCIACIÓN AMUVI): 954 531 261 y 691 699 761

SERVICIO DE ATENCIÓN JURÍDICA PARA MUJERES INMIGRANTES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS (COMISIÓN ESPAÑOLA DE AYUDA AL REFUGIADO): 954619164

FUNDACIÓN ANA BELLA PARA LA AYUDA INTEGRAL DE MUJERES MALTRATADAS: 691 669 095 | **GUARDIA CIVIL:** 062 | **SERVICIO DE EMERGENCIAS:** 112

Comisión Interdisciplinaria contra la Violencia de Género



