

CAMBIO DE GUARDIA

Un millar de muertes: violencia de género

A thousand deaths from gender-based violence

Iria Miguéns Blanco

Ana acude al servicio de urgencias, un jueves más, desde hace 3 semanas. Es la primera vez que lo hace con esa asiduidad en 42 años. No hay sangre, aún, no hay fiebre, solo miedo. El triaje le otorga un nivel de baja prioridad, lo que significa, traducido al lenguaje de los comunes mortales, que su vida no corre riesgo inminente si se demoran en unas horas los cuidados enfermeros y la atención médica. Lamentablemente el triaje nos alerta solo del grado de urgencia de esa visita. ¿Pueden unas cuantas preguntas, por mucho *software* de ayuda del que se disponga, augurar la muerte en estos casos? ¿Puede predecirla en un futuro, más allá de esa visita? La pregunta es retórica, por supuesto. Si fuera tan fácil...

Lucía es la médica que la recibe este tercer jueves. Después de 14 horas de guardia en las que, por algún oscuro mecanismo fisiológico que afecta a diferentes colectivos, entre ellos el de los médicos de guardia, la sed, el hambre o el cansancio ya han dejado de ser su prioridad, se sienta junto a Ana en un box del servicio de urgencias. Antes ha revisado la historia clínica de su futura paciente: tres asistencias consecutivas en el servicio de urgencias, a horas similares y con un mismo diagnóstico al alta: síndrome ansioso. ¿Qué es lo que ha ocurrido, Ana? ¿Por qué vuelve hoy al servicio de urgencias?

A pesar de los diagnósticos previos, Lucía hace lo que es su deber: valorar a Ana como si fuera la primera vez, y descartar que tras ese supuesto diagnóstico de ansiedad se oculte otra cosa. Las constantes vitales de Ana están estables, su estado general es bueno. Cuenta que tiene astenia, malestar general, palpitations por las noches, que tiene miedo. Durante la entrevista, Lucía escucha atenta cómo Ana le cuenta que el jueves es su día libre en la oficina de *marketing* en la que trabaja desde hace 14 años. ¿Algún problema en el trabajo? A veces es difícil estar a la altura: tengo un hijo, mi marido reclama una atención para sí que al parecer no es suficiente. Hago todo lo que puedo y más, pero las cosas no van bien en casa. Llanto. En la exploración física, Lucía observa un hematoma en la región dorsal, ya en resolución, que quedaba oculto hasta entonces por su blusa. Sin preguntar, algo nerviosa, dice: "Me he caído mientras ordenaba los armarios en casa". ¿Es suficiente una respuesta precipitada para activar algún tipo de sospecha? ¿Qué pruebas complementarias son necesarias para poder diagnosticar a Ana, de lo que realmente la aqueja? La rutina y el pro-

toloco llevan a Lucía a solicitar un electrocardiograma y una radiografía de tórax. La analítica no hace falta y no habría aportado nada. Por la misma razón rutinaria, tras la visita y, de acuerdo con el mismo diagnóstico de las dos visitas anteriores, le prescribe una benzodiazepina oral. "Ana, es ansiedad. Debes dormir más, no permitir que los problemas del trabajo te afecten. No necesitas asistencia urgente para solucionar este problema".

Ana hizo caso y Lucía hizo cuanto estuvo en su mano. Pero, lamentablemente, Ana sí necesitaba asistencia urgente, aunque de otro tipo. Seis jueves después ya no precisará someterse a las tres preguntas del triaje. Tampoco tendrá que esperar. Ana es llevada al servicio de urgencias por una UVI móvil. Ya no está nerviosa ni lo estará, ni tiene astenia, ni la tendrá, aunque sí tiene palpitations, en esta ocasión por la taquicardia compensatoria del *shock* hemorrágico que se la está llevando. Ana ha sido apuñalada repetidas veces, con la mala fortuna de sufrir desgarros en vasos y órganos vitales. Está todavía ligeramente consciente a su llegada. La llevan directamente a la sala de pacientes críticos. Casualmente es Lucía quien la atiende de nuevo y, en su palidez cérea, apenas la reconoce. Le pregunta si tiene dolor. "Nunca he dejado de tenerlo", habría sido la respuesta a esa pregunta si Ana hubiera estado en condiciones de responder.

Maldito día libre. Su marido lo aprovechó para cerrar sus cuentas pendientes. Los trámites de separación quedarán en suspenso. Ya nunca "la perderá", aunque en verdad nunca fue suya, y menos en estos momentos, en que se encamina a un lugar sin retorno. No sabe si le dolieron más las tres puñaladas en el tórax o que se las diera en presencia de su hijo. Hemotórax, taponamiento cardíaco, emergencia y muerte. Son solo palabras, las últimas que se le dedicarán en el último informe de urgencias, que irá a parar al mismo repositorio, asociado al mismo número de historia clínica junto con los informes cerrados con el diagnóstico de ansiedad. ¿Desde qué jueves habían empezado a sangrar las heridas que hoy la matan? Por cierto, su presunto asesino, también encontrado muerto, ya había matado a su primera mujer, tal como él mismo confesó, en 2002. No constaba ese dato en el historial clínico de Ana.

¿Les suenan los vagos motivos de consulta, las múltiples asistencias aparentemente injustificadas, los diagnósticos de ansiedad sin llegar a profundizar en las causas? Mujeres siendo víctimas de la lacra de la violencia machis-

Filiación de la autora: Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Autora para correspondencia: Iria Miguéns Blanco. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Gregorio Marañón, C/ Doctor Esquerdo, 46, 28007 Madrid, España.

Correo electrónico: iria.miguens@hotmail.com

Información del artículo: Recibido: 27-6-2019. Aceptado: 3-7-2019. Online: 12-9-2019.

Editor responsable: Antonio Juan Pastor.

ta acuden a los servicios de urgencias. Nosotros somos especialistas en salvar vidas. ¿Nos estamos implicando lo suficiente en la detección y el abordaje de la violencia de género? Y, sobre todo, ¿somos capaces de hacer algo más y mejor?¹⁻⁴.

El pasado 14 de junio de 2019, Ana Lucía da Silva Sepulchro fue la víctima número 1.000 asesinada por violencia de género desde 2003⁵. En estos 16 años, ¿cuántas mujeres que sufren violencia de género habrán acudido a los servicios de urgencias y emergencias? ¿Podimos hacer algo más? Una vez culminada la barbarie, la respuesta por parte de la sociedad y, dentro de ella, entre los propios *urgenciólogos*, en su calidad de ciudadanos, es siempre de unánime repulsa. Ahora bien, cuando las víctimas acuden a nuestros servicios, tienen miedo, ansiedad, vergüenza. Se dan circunstancias que las atormentan ante su decisión de consultar: pánico a ser descubiertas por sus maltratadores tras acusarlos, pavor a que eso afecte a los hijos o, peor aún, a que la emprendan con ellos. La negación por parte de las víctimas forma parte del maltrato. A pesar de la dificultad añadida, debemos entender como parte de nuestra labor el detectarlo. Solo con que salvemos a una mujer de cada ¿diez?, ¿cien?, ¿mil? No se puede cifrar cuánto vale una vida ni hemos de flagelarnos por no haber podido evitar esas mil muertes. Pero somos profesionales de urgencias y emergencias, y cuando nos hablan de salvar una vida, aunque parezca que la causa de esta se aleja de la especialidad que no nos reconocen, algo se activa dentro de nosotros y nos bulle la sangre. ¿Qué hay que hacer? Esa es la respuesta del profesional de urgencias y emergencias.

La alta demanda asistencial, el nivel de complejidad de nuestros pacientes, la presión a la que estamos sometidos los profesionales de urgencias y emergencias no pueden ser las excusas que nos impidan acercarnos a la detección y atención preventiva de las víctimas de violencia de género. Se necesita de una formación más homogénea, reglada, exhaustiva y específica para asegurar la concienciación de los profesionales, que mejore sus actitudes y aptitudes y que aúnen la respuesta a las necesidades de estas pacientes tan vulnerables. Sería impensable que un *urgenciólogo* no reconociese un dolor torácico de características coronarias. Inimaginable el pasar por alto una neumonía. No nos parece lo mismo que se nos pase por alto detectar la violencia de género, a pesar de sus consecuencias letales.

Pero no cabe duda de que la implicación en la asistencia de las víctimas, en la erradicación de esta lacra o al menos de sus consecuencias mortales, ha de ser global. Ya no solo a nivel sanitario, jurídico, educacional. Es de imprescindible inclusión en la lucha contra la violencia el escuchar a las víctimas: ¿qué sintieron cuando acudieron al servicio de urgencias?, ¿qué creen que hubiese facilitado la entrevista?, ¿cómo se habrían sentido más seguras?, ¿qué necesidades no cubiertas detectan en su atención? Sus testimonios serían de gran ayuda para trazar las líneas de actuación en nuestros servicios en materia de género. Una entrevista cercana, en un ambiente más íntimo, apelando a la confianza, transmitiendo seguridad, asumiendo como profesionales que la negación, la demanda de asis-

tencia poco concreta pero constante, sus llantos aparentemente desproporcionados, sus miedos, su falta de confianza, etc., son manifestaciones de su problema, tal como el dolor torácico, la irradiación y los síntomas vegetativos lo son de un síndrome coronario agudo. Su vida corre peligro a manos de un maltratador que ha arado su autoestima hasta revolcarla entre el vacío, la invalidez y la ausencia del "yo".

En resumen, la formación homogénea y específica, la toma de conciencia de la trascendencia de esta lacra sangrante por parte de los profesionales sanitarios y la participación de las víctimas en las áreas de mejora son clave en la erradicación de la violencia de género. Para lograrlo, la creación de comités de violencia de género e igualdad multidisciplinares son fundamentales para su abordaje.

La especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias aseguraría a los profesionales de los diferentes servicios de urgencias y emergencias una formación específica, homogénea y justa, comparable a la del resto de los países de Europa. La patología propia de la mujer, y por supuesto la violencia de género, se contemplan como áreas de formación para todos los *urgenciólogos* en el currículo de especialistas. La no existencia de una formación reglada implica una formación desigual en función de múltiples factores y oportunidades distintas entre los diferentes servicios de urgencias y cambiante en cuanto a prioridades formativas. El reconocimiento de la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias permitiría que en España la formación, y así el diagnóstico y el manejo de las pacientes que sufren violencia de género, cobrase la relevancia y excelencia que merecen.

Ana. Lucía. Mil mujeres asesinadas. ¿Cuántas mujeres han acudido en estos últimos días a nuestros servicios de urgencias y su alta a domicilio no contempla el riesgo a la que las devolvemos? La violencia de género es una urgencia vital. Somos especialistas en salvar vidas, hemos de estar a la altura.

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de la autora, financiación y responsabilidades éticas: La autora ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión interna por parte de dicho Comité

Bibliografía

- 1 Kothari CL, Rhodes KV. Missed opportunities: emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence. *Ann Emerg Med.* 2006;47:190-9.
- 2 Farchi S, Polo A. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Womens Health.* 2013;13:31.
- 3 Ziaei M, Massoudifar A. Management of violence and aggression in emergency environment; a narrative review of 200 related articles. *Adv J Emerg Med.* 2019;3:e7.
- 4 Ahmad I, Ali PA. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *J Clin Nurs.* 2017;26:3271-85.
- 5 Álvarez P, Valdés I. 1.000 asesinadas por violencia machista: la cuenta pendiente. *El País*, 21 de junio de 2019. (Consultado 27-6-2019). Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2019/06/19/actualidad/1560927085_574747.html