



MALTRATO DOMÉSTICO: P.A.E.

Índice

Justificación	3
Objetivos	3
Datos Personales	3
Valoración Física Inicial	4
Tratamiento Médico	4
Historia Enfermera	4
Organización de datos según V. H.	7
Diagnósticos de Enfermería	10
Problemas de Colaboración	13
Conclusiones	13
Bibliografía.....	14

Justificación

La violencia de género es uno de los problemas que más “visibilidad” ha ido adquiriendo a lo largo de la última década. Con un gran componente social de por medio, las agresiones de género superan las barreras meramente físicas, existiendo también muchas otras agresiones de carácter psicológico como las verbales, las cuales van menoscabando progresivamente la autoestima de la víctima, creando traumas difíciles de detectar. Hoy en día, la legislación vigente garantiza una serie de herramientas de protección, actuación y tratamiento de la violencia de género, en los que la enfermera juega un papel importante. De nosotros depende realizar una detección precoz de los casos de violencia, asignar los diagnósticos enfermeros, planificar los objetivos y las intervenciones y poner en marcha los mecanismos tanto sanitarios como judiciales que permitan garantizar la salud física y mental de la paciente.

Objetivos

El actual artículo pretende reunir aquellos diagnósticos de enfermería (NANDA) que aparecen de forma más frecuente en los casos de violencia doméstica y relacionarlos con sus respectivas intervenciones, objetivos y resultados, desarrollando un caso “tipo” basado en un caso clínico real de violencia doméstica.

Datos Personales

Nombre: María	Apellidos: García
Edad: 32 años	Personas con las que convive: Marido
Profesión: Auxiliar Administrativa	Situación Laboral: Activa
Diagnostico Médico Actual: Laceración en el antebrazo izquierdo.	
Alergias Conocidas: Ninguna	
Antecedentes Patológicos de Interés: Repetidas visitas a urgencias por heridas traumáticas de diversa consideración.	

Valoración Física Inicial

T.A: 120/ 65 mmHg.

Temperatura: 36,7 °C

Peso: 73 Kg.

Talla: 169 cm.

Pulso: 79 ppp.

Respiraciones: 25 rpm.

I.M.C: 25,44 kg/m²

Piel: Bien hidratada, íntegra.

Estado Vacunal: Al día. No se vacuna contra la gripe estacional.

Tratamiento Médico

- **Mepore 9 x 10 cm, Suero Fisiológico en monodosis de 10 ml, Betadine monodosis 10 ml** Cura actual de la herida en el antebrazo izquierdo, cada 48 horas.
- **Nolotil cápsulas** si dolor cada 12 horas.
- **Omeprazol** Según demanda, molestias gastrointestinales.
- **Paracetamol** Según demanda.
- **Valium 1c** si ansiedad (según demanda).

Historia Enfermero

María G. es una mujer de 35 años, auxiliar administrativa de profesión que acude al centro de salud derivada de las urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet para continuar con el tratamiento de una laceración menor en el antebrazo izquierdo producida según comenta la propia paciente "al resbalarse y golpearse contra la encimera". El procedimiento pautado por el médico de urgencias consiste en una cura plana (Suero fisiológico + Betadine + Apósito) cada 48 horas y retirar los tres puntos de sutura pasados, al menos, 10 días a juicio de su enfermero/a de cabecera. En urgencias le administraron una ampolla de Nolotil® por vía intramuscular para el dolor y le pautaron la misma medicación en comprimidos cada 8 horas si el dolor regresaba, con un máximo de 2 al día. También le prescribieron Valium® a demanda (1 comprimido cada 12 horas si ansiedad/nerviosismo) ya que, a su llegada al hospital, presentaba un estado de ansia, nerviosismo e intranquilidad general fruto, según manifiesta la propia paciente, de "lo aparatoso de la caída y que no aguantaba ver sangre".

El informe interno de urgencias refleja que, al ingreso, estuvo acompañada en todo momento por su marido, que insistió de malas maneras en estar con ella incluso durante la anamnesis y la posterior cura en el box de urgencias. El informe revela que la anamnesis no se pudo realizar correctamente porque el marido de la paciente, J. M. M., no paraba de interrumpir, respondiendo algunas preguntas dirigidas a M. G. y cortando otras porque, según él, "no venían a cuento". Tras realizar la cura, ambos abandonaron urgencias apresuradamente porque según J. M. M. "tenían que trabajar al día siguiente". El historial previo revela que, en los últimos 6 meses, M. G. ha acudido otras 2 veces a urgencias. La primera de todas por una fractura de órbita derecha sin complicaciones (producida al "golpearse con la puerta de un armario al ir a abrirlo") que parece estar ya completamente curada y la última, por una fractura de Colles en la muñeca derecha producto de "intentar parar una caída al resbalarse". El médico adjunta una nota en la que manifiesta su sospecha de malos tratos y la imposibilidad de iniciar el protocolo de violencia de género al encontrarse el marido presente y al haber abandonado tan precipitadamente las urgencias del hospital.

Antes siquiera de entrar a la consulta, María se muestra nerviosa, inquieta. Pasea sin descanso por la sala de espera mirando constantemente su reloj. Acude sola y se sobresalta cuando oye un portazo. Una vez dentro de la consulta, asegura que el nerviosismo es "porque llega tarde a otro sitio" (no especifica cuál) y, de nuevo, "porque no aguanta ver sangre". Asegurarle que la cura plana no solía implicar sangrado y explicarle el procedimiento antes de realizarlo no parece calmarla. Mantiene una actitud esquiva ante el contacto físico porque "le duele".

Tras realizar la cura plana sin mayor problema, comenzamos con la exploración física rutinaria cuyos resultados se reflejan en la página anterior.

Dentro del apartado digestivo, su dieta habitual consiste en:

- ✓ *Desayuno:* Generalmente un café con leche solo o acompañado de magdalenas o cualquier otra clase de bollería embasada.
- ✓ *Comida:* Principalmente, carne o derivados. Cocidos, caldos, sopas y verduras de fácil preparación. De postre, una pieza de fruta o más frecuentemente un lácteo.
- ✓ *Cena:* Embutidos, comida rápida embasada. Fruta o lácteo de postre.

Asegura "picar" bastante entre horas, hecho que lo atribuye a la ansiedad y al nerviosismo que lleva experimentando estos últimos, según dice, fruto de "su trabajo". Cuando llega a casa, se encuentra cansada para preparar platos más elaborados aparte de que "tiene que cocinar para dos, por lo que no puede perder demasiado tiempo en la cocina". No realiza más ejercicio que el de ir de su casa al trabajo. Tampoco quiere oír hablar de dietas porque "no le hacen ningún efecto y lo único que se pierde es el tiempo y el dinero".

Suele dormir unas 7 horas diarias cuando no se encuentra demasiado nerviosa, pero asegura que cuando se siente inquieta, se toma un Valium® y duerme "como un tronco".

Al abordar el tema del motivo de la consulta actual, se muestra mucho más nerviosa. Al preguntarle por la causa de la herida dice que "ya lo explicó en urgencias" que "se cayó no sé en donde". Al hablarle de sus anteriores accidentes manifiesta que "siempre ha sido algo patosa y que ahora que va con prisas, se cae más a menudo".

Al intentar un acercamiento al tema de la violencia de género, se cierra en banda y asegura tras mucho dudar manifiesta que "alguna vez había hecho ademán de pegarla, pero que al final nunca le había puesto la mano encima" además asegura que es "lo normal en cualquier matrimonio". Añade que "no quiere decir nada que perjudique a su marido" y que "su familia la ayudaría si viesan que corría peligro" aunque "hacía tiempo que no hablaba con ellos porque su marido no los soportaba".

Otros datos de interés para completar la historia enfermera son:

- Orina una media de 5 veces al día con un color pajizo, sin olor ni molestias al orinar. La primera micción la realiza al despertarse.
- Realiza una deposición al día sin esfuerzo ni dolor, en ocasiones refiere estreñimiento.
- Acude de forma irregular a los chequeos médicos. Lleva la vacunación al día, pero no se vacuna contra la gripe
- Su aspecto es pulcro y aseado. Refiere ducharse una vez al día, al levantarse y realizar su aseo personal después de la ducha. Viste acorde con las condiciones climatológicas.

Organización de los datos según Virginia Henderson

1. Respirar Normalmente:

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos a considerar: No se observan.

2. Comer y beber adecuadamente:

Manifestaciones de independencia: Bebe 1,5 litros de agua al día.

Manifestaciones de dependencia: Tiene un sobrepeso aproximado de 4 Kg.

Desconoce los elementos de una dieta equilibrada y manifiesta su negativa al cambio. Come entre horas.

Su dieta habitual es:

- ✓ *Desayuno:* Generalmente un café con leche solo o acompañado de magdalenas o cualquier otra clase de bollería embasada.
- ✓ *Comida:* Principalmente, carne o derivados. Cocidos, caldos, sopas y verduras de fácil preparación. De postre, una pieza de fruta o más frecuentemente un lácteo.
- ✓ *Cena:* Embutidos, comida rápida embasada. Fruta o lácteo de postre.

Datos a considerar: Dispone de poco tiempo para cocinar.

3. Eliminar por todas las vías corporales:

Manifestaciones de independencia: Deposición diaria de aspecto normal.

Manifestaciones de dependencia: Estilo de vida sedentario. Dieta con baja en fruta, verdura y fibra.

Datos a considerar: No se observan.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas:

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: No hace otro ejercicio que el de desplazarse de casa al trabajo.

Datos a considerar: No se observan.

5. Dormir y descansar:

Manifestaciones de independencia: Duerme siete horas al día. Es capaz de usar los medios a su alrededor para relajarse y conseguir dormir.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos a considerar: Refiere insomnio ocasional de fácil solución.

6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse:

Manifestaciones de independencia: Calzado y vestimenta adecuados.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos a considerar: No se observan.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente:

Manifestaciones de independencia: Calzado y vestimenta adecuados.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos a considerar: No se observan.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Manifestaciones de independencia: Aspecto limpio y aseado.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos a considerar: No se observan.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas:

Manifestaciones de independencia: Toma la medicación prescrita y tiene el calendario vacunal al día.

Manifestaciones de dependencia: No se vacuna contra la gripe estacional. No muestra predisposición a cambiar su situación de salud actual.

Datos a considerar: Posible situación actual de maltrato doméstico.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Manifestaciones de independencia: Cuenta con personas de apoyo (familiares).

Manifestaciones de dependencia: Se muestra poco comunicativa tanto como con la enfermera en la anamnesis como con sus familiares.

Datos que deben considerarse: Posible situación actual de maltrato doméstico.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: Sus decisiones se ven supeditadas a la voluntad de su marido "No visita a sus familiares porque J. M. M. no los aguanta".

Datos que deben considerarse: No se observan.

12. Ocuparse de algo de forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

Manifestaciones de independencia: Tiene un trabajo.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: Trabaja como auxiliar administrativa.

13. Participar en actividades recreativas.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: No se observan.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos a considerar: No se observan.

Diagnósticos de Enfermería – Plan de Cuidados

A continuación se detallan aquellos diagnósticos NANDA específicos de este plan de cuidados que pueden no repetirse en otros planes de cuidados centrados en el maltrato doméstico:

1. Riesgo de estreñimiento (NANDA 00015) r/c estilo de vida sedentario, dieta pobre en fibra, fruta y vegetales.

Objetivos: La paciente se mantendrá libre de estreñimiento el máximo tiempo posible. La paciente sabrá utilizar y utilizará los medios disponibles para poner fin a una situación de estreñimiento ocasional.

NOC: Eliminación intestinal (0501).

NIC: Manejo del estreñimiento (0450).

Actividades:

- Autocontrol de deposiciones diarias: que estas no descendan de 1 cada dos días.
- Evitar, en la medida de lo posible, la ingesta de alimentos astringentes.
- Aconsejar que continúe con el consumo de 1,5 litros de agua al día.
- Recomendar una dieta rica en fibra y fruta (pasas, kiwis, piña natural...) que actúe como laxante natural.
- Pautar el uso de laxantes para el estreñimiento ocasional.
- Animarla a que realice algo de deporte.

2. Desequilibrio nutricional por exceso (NANDA 00001) r/c dieta desequilibrada, ejercicio insuficiente m/p I.M.C 25,44 kg/m², sobrepeso aproximado de 4 kg.

Objetivos: La paciente recuperará el peso adecuado para su edad, sexo, talla y constitución corporal siguiendo una dieta equilibrada durante los próximos 3 meses. La paciente mantendrá su peso ideal una vez lo haya alcanzado.

NOC: Estado nutricional: Ingesta de nutrientes (1009). Control del peso (1612).

NIC: Ayuda para disminuir el peso (1280). Manejo del peso (1260).

Actividades:

- Presentar una dieta con un modelo de ingesta que se adecue a sus necesidades.
- Animarla a que (en la medida de lo posible) realice ejercicio de forma moderada para controlar el peso.
- Informarla sobre cuáles son los alimentos indicados para mejorar su peso
- Desaconsejarle la ingesta de grandes cantidades de comida 3 veces al día; programar ingestas frecuentes y de poca cantidad, como medida para controlar su peso, valiéndonos de su hábito de "comer entre horas". Programar almuerzos y meriendas sanos y equilibrados.
- Explicar la importancia de no picar entre horas.

- Animarla a que continúe con la ingesta de 1,5 litros de agua al día.
- Cuando se haya logrado el peso deseado, instaurar una dieta para mantenerlo sin variaciones.

A continuación se detallan aquellos diagnósticos NANDA específicos de este plan de cuidados que suelen repetirse en otros planes de cuidados centrados en el maltrato doméstico:

3. Ansiedad (NANDA 00146) r/c situación sentimental actual, trabajo m/p verbalización e inquietud de la paciente.

Objetivos: La paciente reducirá su nivel de ansiedad de forma progresiva durante los próximos tres meses. La paciente verbalizará la reducción de la ansiedad a niveles tolerables.

NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402).

NIC: Disminución de la ansiedad (5820).

Actividades:

- Ayudar a la paciente a que verbalice los sentimientos, temores, inquietudes y problemas a los que se enfrenta y cómo se enfrenta a ellos.
- Explorar aquellas estrategias que reduzcan el estrés.
- Evitar, en la medida de lo posible, entrar en contacto con personas/situaciones que desencadenen episodios de ansiedad.
- Establecer una relación de confianza que nos sitúe como persona de apoyo con la que contar a la hora de que la paciente se enfrente a aquellas situaciones que le produzcan ansiedad.
- Animar a la paciente a ampliar su grupo de apoyo a familiares, terapeutas, psicólogos...
- Recurrir a los fármacos (Valium®) bajo estricta prescripción médica en las situaciones que presenten un potencial riesgo de provocar ansiedad en la paciente.

4. Negación ineficaz (NANDA 00072) r/c situación actual de posible maltrato doméstico m/p verbalización ("Es lo que ocurre en todos los matrimonios").

Objetivos: La paciente irá siendo progresivamente consciente de su situación actual y se enfrentará a aquellos factores que desencadenen sus episodios de estrés o ansiedad (ver diagnóstico anterior) sin excusarlos o evadirlos.

NOC: Afrontamiento de problemas (1302). Percepción de amenaza (1704).

NIC: Asesoramiento (5240).

Actividades:

- Ayudar a la paciente a que verbalice los sentimientos, temores, inquietudes y problemas a los que se enfrenta y cómo se enfrenta a ellos.
- Crear un entorno seguro, confortable e íntimo para la paciente y desarrollar una relación basada en el respeto y la confianza.

- Ayudar a la paciente a identificar el problema que genera el estrés.
- Identificar aquellos puntos de vista que difieran entre la opinión del paciente, la opinión del cuidador y la del profesional de la salud.
- Animar a la paciente a ampliar su grupo de apoyo a familiares, terapeutas, psicólogos...

5. Riesgo de lesión (NANDA 00035) r/c situación actual de posible maltrato doméstico.

Objetivos: La paciente mantendrá en todo momento su integridad física valiéndose de todos los medios a su alcance

NOC: Control del riesgo (1902). Protección del abuso (2501)

NIC: Identificación de riesgos (6610).

Actividades:

- Determinar los sistemas de soporte/apoyo sociales, comunitarios, institucionales y familiares a su alcance.
- Animar a la paciente a utilizarlos.
- Derivar/colaborar con otro profesional de los cuidados si es necesario

6. Temor (NANDA 00148) r/c situación actual de posible maltrato doméstico m/p verbalización e inquietud de la paciente.

Objetivos: La paciente mostrará una disminución de la respuesta física, psicológica, emocional y social al temor, determinando el origen del mismo y poniendo todos los medios disponibles a su alcance para evaluarlo y controlarlo.

NOC: Autocontrol del miedo (1404).

NIC: Apoyo emocional (5270). Potenciación de la seguridad (5380).

Actividades:

- Ayudar a la paciente a que verbalice los sentimientos, temores, inquietudes y problemas a los que se enfrenta y cómo se enfrenta a ellos.
- Disponer de un ambiente cómodo, seguro, íntimo y de confianza.
- Favorecer la conversación, escuchar los temores de la paciente.
- Proporcionar ayuda y asesoramiento y derivar a servicios de asesoramiento más experimentados si es necesario.

7. Aislamiento social (NANDA 00053) r/c situación actual de posible maltrato doméstico, pérdida de contacto con familiares m/p verbalización ("No hablo mucho con ellos porque mi marido no los soporta").

Objetivos: La paciente expresará verbalmente que su situación de soledad ha desaparecido.

NOC: Soporte social (1504).

NIC: Aumentar los sistemas de apoyo (5440). Potenciar socialización (5100).

Actividades:

- Determinar las personas con las que la paciente desea mantener una relación, creando por ejemplo una lista.
- Abordar con ella la forma más adecuada con la que reanudar la relación.
- Retomar de forma progresiva la relación.
- Determinar sistemas de ayuda externos a su alcance, animar a la paciente a usarlos o derivar el caso si es necesario.

Problemas de colaboración

- Dolor en el antebrazo izquierdo secundario a la laceración y el proceso de curación de la misma.

Conclusiones

A pesar de la complejidad que entrañan las diversas dimensiones de los casos de violencia de género, es frecuente encontrar una serie de diagnósticos de enfermería, indicadores de intervenciones y de resultados que se repiten con frecuencia, los cuales han sido recogidos en este trabajo para su posterior consulta y referencia de forma fácil y rápida.

Bibliografía

1. Luis Rodrigo, M^a Teresa. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 7^a Edición. 2006. Masson.
2. González Arroyo, Antonio Alberto; Macías García; Jaime. Maltrato doméstico: Plan de Cuidados de Enfermería. Nure Investigación, [Revista en Internet] nº 23 [jul-ago]. Disponible en http://www.fuden.es/protocolos_detalle.cfm?ID_PROTOCOLO=74&ID_PROTOCOLO_INI=1
3. Luis Rodrigo, M^a Teresa; Fernández Ferrín, Carmen; Navarro Gómez, María Victoria. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Hénderson en el siglo XXI. 3^a Edición. 2005. Masson.
4. Instituto Nacional de Estadística. Consulta disponible en www.ine.es
5. Web del Instituto de la Mujer. Consulta disponible en http://www.inmujer.gob.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPag e%2FIMUJ_Home
6. De la Fuente Aparicio, D; Salamanca Castro, A.B.; Sánchez Castro, S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en atención primaria? NURE Investigación. [Revista en Internet] 2005 mayo; 2(15):12. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>
7. Instituto Aragonés de la Mujer. Web: <http://www.aragon.es/iam>
8. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta edición. Elsevier. 2009 Madrid.
9. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. Elsevier. 2009 Madrid.
10. Vieira, E.M.; Dos Santos, M.A.; Ford, N.J. *Seizing an opportunity to help-knowledge and attitudes of doctors and nurses toward women victimized by intimate partner violence in Brazil*. Vieira EM, Dos Santos MA, Ford NJ. Health Care Women Int. 2012 Mar;33(3):228-49.
11. Biedma Machín, Fátima; Izaguirre Zapatera, Ana. Enfermería ante la violencia de género. Boletín de Enfermería de Atención Primaria. 2005; 3(1):1-16.
12. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier. Ed. 2009-2011.
13. Observatorio de la Violencia de Género. Web. Disponible en www.observatorioviolencia.org
14. Siendones Castillo, R.; Perea-Milla López, R. Et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias. 2002;14:224-232.
15. Paravic Klijn, T.; Valenzuela Suazo, S.; Burgos Moreno, M. Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud. Cienc. enferm. 2004; 10(2):53-65. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532004000200007.

16. Mendoza-Florez, M.E. et al. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2006; 20(4):69-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000200004&lng=es&nrm=iso
17. Arredondo-Provecho, A. B.; Del Pliego-Pilo, G.; Nadal-Rubio, M.; Roy-Rodríguez, R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*; 2008; 18(4):175-182.
18. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo interterritorial sistema nacional de salud. Plan de actuación contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la mujer, 1999.
19. Ortiz Fernández, M^a D.; Muñoz Cobos, F; Martín Carretero, M^a L.; Río Ruiz, J. Detección de violencia doméstica en Atención Primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas? *Medicina de Familia (And)* 2004 Jun; 5(2).
20. Protocolo de actuación ante casos de violencia de género. Hospital Universitario Miguel Servet. Documentación disponible en Intranet. 2010.