

Bibliografía

1. García Padilla FM, Toronjo Gómez AM, López Santos V, Contreras Martín A, Toscano Márquez T. Educación para la salud en el climaterio: un consenso sobre sus contenidos. *Aten Primaria*. 1997;20:536–42.
2. García Padilla F, López Santos V, Toronjo Gómez A, Toscano Márquez T, Contreras Martín A. Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres andaluzas. *Aten Primaria*. 2000;26:476–81.
3. Leno González D, Leno González JL, Lozano Guerrero M. Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres rurales. *Enferm Global [revista en Internet]*. 2006;9. [consultado 14/2/2007]. Disponible en: <http://revistas.um.es/enfermeria/article/view/296/275>.

2004;18:32–7.

Maria José Puialto-Durán^{a,*}, Laura Moure-Fernández^b, Carlos Salgado-Álvarez^c y Rosa Antolín-Rodríguez^a

^a *Escuela Universitaria de Enfermería, Hospital Meixoeiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo, España*

^b *Unidad de Docencia y Formación Continuada, CHUVI, Vigo, España*

^c *Unidad de Digestivo, Hospital Xeral, CHUVI, Vigo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.jose.puialto.duran@sergas.es (M.J. Puialto-Durán).

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.029

Atención a la violencia de género en las urgencias de un centro de salud

Care of victims of domestic violence in the Emergency Unit of a Health Centre

Sr. Director:

La violencia contra la mujer es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo. Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas consideraba este tipo de violencia como un problema social menor¹. Afortunadamente, esta situación está cambiando en muchos países como, por ejemplo, España. Así, en los últimos años, en nuestro país, se ha incrementado la consideración de la violencia del compañero íntimo contra las mujeres como delito que se ha de denunciar².

En Baleares, las denuncias por violencia de género (VG) presentadas en las comisarías entre 2004 y el 2007 ascendieron a un total de 9.335. La evolución de las denuncias de las mujeres por malos tratos en Baleares ha sufrido un incremento de más del 12% en los últimos 4 años³.

Según ha reconocido la propia OMS, los profesionales sanitarios desempeñan un papel relevante en el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación⁴. En este sentido, los servicios sanitarios pueden desempeñar un papel crucial al identificar los casos VG como tales en los partes judiciales de lesión (P JL), y ayudar así a las mujeres maltratadas en la tramitación del proceso judicial.

El objetivo de nuestro estudio es identificar los casos de VG atendidos en urgencias de un centro de salud a partir de la información contenida en los P JL.

Se revisaron los P JL archivados en un centro de salud de Mallorca, que atiende a una población de 45.000 habitantes, entre enero de 2006 y febrero de 2008 (total: 716). Los P JL se clasificaron en 6 grupos según la probabilidad de que se tratara o no de caso de VG. Los criterios de clasificación se

consensuaron previamente partiendo de la revisión de una submuestra de P JL.

En 48 (6,7%) de los 716 partes quedaba claro que se trataba de un caso de VG (grupo 1). En 60 (8,4%) se podía sospechar VG pero sin la certeza definitiva (grupo 2). Correspondían a otras agresiones no atribuibles a VG 378 P JL (52,8%) (grupo 3). En 131 P JL (18,3%) no fue posible conocer la naturaleza de la agresión por datos incompletos (grupo 4). En 91 partes (12,7%), el tráfico y las mordeduras de perro fueron los causantes de las lesiones (grupo 5). El grupo 6 eran agresiones sexuales (0,1%) (fig. 1).

Son varios los motivos propuestos para explicar este subregistro de casos. Muchas mujeres, bien sea por vergüenza, amenazas del agresor o por temor, tratan de ocultar la verdadera causa de sus lesiones y las atribuyen a otros mecanismos o bien facilitan al clínico escasa información. Esta situación se hace más evidente en ciertos colectivos de mujeres que, por sus características personales o por su situación social o legal, son más vulnerables. Tal es el caso de inmigrantes, mujeres con discapacidades

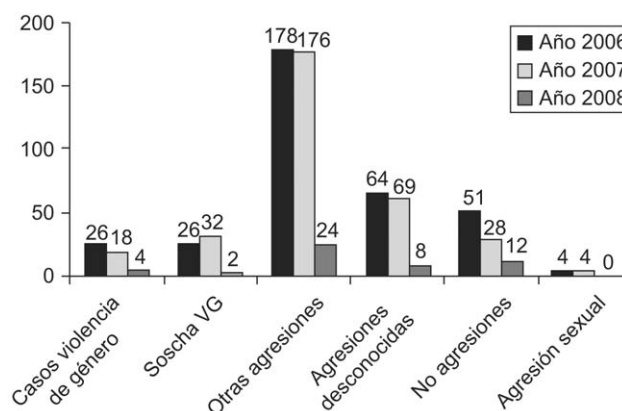


Figura 1 Número de partes judiciales por grupo y año de estudio.

psíquicas o físicas, mujeres en prostitución o dependientes de drogas³.

El bajo registro de casos de VG en los servicios de urgencias se ha reflejado en varias ocasiones en la literatura médica con porcentajes que varían entre el 12 y el 18%⁵. Esto cobra aun mayor importancia si consideramos que los servicios de urgencias son, en muchos casos, el primer o el único contacto que tienen las mujeres víctimas del maltrato con el sistema sanitario. Por otro lado, la identificación de casos de VG en la consulta diaria de atención primaria no resulta más alentadora y se sitúa entre el 4 y el 10%⁶.

Concluimos que resulta difícil conocer la cifra real de casos de VG a partir de PJJ porque los datos registrados son insuficientes. Se debe insistir en la importancia de cumplimentar los PJJ detalladamente como herramienta fundamental de las víctimas en el proceso judicial.

Bibliografía

1. Ginebra: OMS. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Antecedentes. 2005.
2. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Álvarez-Dardet C. Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el período 1998–2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:91–100.

3. Ministerio de Igualdad. Instituto de la mujer. Mujeres en cifras. Apartado Violencia. [consultado 5/5/2010]. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/index.htm>.
4. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
5. Escribá Agüir V, Barona Vilar C, Calvo Mas C, Carpio Gesta ML, Fullana Montoro A. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit*. 2006;20:510–2.
6. Ernst AA, Nick TG, Weiss SJ, Houry D, Mills T. Domestic violence in an inner-city ED. *Ann Emerg Med*. 1997;30: 190–7.

Rosmary Argüelles Vázquez^{a,*}, Patricia Lorente Montalvo^b y Magdalena Esteva Cantó^c

^a Centro de Salud Calvià, Mallorca, Islas Baleares, España

^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^c Gabinete técnico, Gerencia de Atención Primaria, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosargu2210@hotmail.com

(R. Argüelles Vázquez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.03.019

Seguimiento de una Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos al servicio de urgencias

Follow-up of a Clinical Practice Guide for the management of low back pain in patients referred to Emergency Departments

Sr. director:

Según la OMS, hasta un 90% de la población mundial llega a padecer lumbalgia en algún momento de su vida, siendo esta la principal causa de discapacidad en menores de 45 años, con las repercusiones sociales y económicas que implica^{1,2}. Entendiendo la importancia de esta patología, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desarrolló en 2008 una Guía de Práctica Clínica (GPC) para ayudar a definir y estandarizar el abordaje diagnóstico y el tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente con lumbalgia de acuerdo a los diferentes niveles de atención³. Su empleo dentro del primer nivel de atención es clave para iniciar el proceso diagnóstico-terapéutico y orientar de forma adecuada la referencia de pacientes al segundo nivel.

Con el objetivo de determinar el grado de seguimiento de esta GPC, se llevó a cabo un estudio observacional transversal descriptivo, autorizado por el comité de investigación, de 537 pacientes que, con diagnóstico de lumbalgia, fueron referidos desde unidades del primer nivel de atención al servicio de urgencias de un segundo nivel del IMSS durante el último cuatrimestre de 2009.

Se utilizó un instrumento diseñado y validado *ex profeso*, basado en la GPC "Diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica" cuya versión final quedó en 56 ítems, Se determinó el porcentaje de seguimiento tanto de cada uno de sus 14 indicadores (factores de riesgo, dolor inflamatorio o mecánico, exploración neurológica completa, semiología del dolor, sospecha de fractura, sospecha de aneurisma de aorta, sospecha de infección, sospecha de cauda equina, sospecha de enfermedad inflamatoria, sospecha de neoplasia, tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico, envío a rehabilitación, reinterrogatorio y reexploración), como en las diferentes etapas de atención.

Sólo en el 8,6% de los pacientes se encontró un grado de seguimiento alto de la GPC, en tanto que el 58,3% se ubicaron en el rango bajo. Los indicadores de semiología del dolor y sospecha de enfermedad inflamatoria fueron los que más se cumplieron (68%), en tanto que los de búsqueda de factores de riesgo y reexploración fueron los que menos (11%) (tabla 1).

El síndrome doloroso lumbar (lumbalgia) es actualmente considerado como un importante problema de salud pública, que obliga a realizar un adecuado abordaje de estos pacientes^{1,4,5}. Los resultados muestran que el primer nivel de atención médica evaluado no lleva a cabo de forma adecuada el protocolo diagnóstico y/o el manejo indicado por la GPC. Sin poder comprobarlo, podemos inferir que, si se hubieran seguido dichas directrices, los pacientes hubieran sido referidos, no al servicio de urgencias, sino probablemente a la consulta externa de ortopedia y/o rehabilitación, con lo que se optimizaría su atención⁶. Hay que destacar que todos los indicadores evaluados fueron pobremente