

ORIGINAL

La violencia de pareja en las pacientes que consultan por dolor torácico en urgencias



B. Coll-Vinent^{a,b,*}, G. Martí^b, S. Calderón^a, B. Martínez^a, F. Céspedes^a y C. Fuenzalida^{a,b}

^a Área d'Urgències, Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Grup de Recerca «Urgències: processos i patologies», Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

Recibido el 9 de enero de 2018; aceptado el 9 de abril de 2018

Disponible en Internet el 27 de septiembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Violencia de pareja;
Dolor torácico;
Urgencias

Resumen

Objetivos: 1) Conocer la prevalencia de violencia de pareja (VP) en las pacientes que consultan a urgencias por dolor torácico. 2) Analizar la posible asociación entre VP y presencia/control de factores de riesgo vascular (FRV), manifestaciones psíquicas de estrés, demora en la solicitud de atención, manejo del episodio y pronóstico.

Métodos: Se incluyó a 125 mujeres. Se realizó entrevista dirigida, test del *Partner Violence Screen* (PVS), seguimiento telefónico a los 30 días y revisión del historial clínico al año.

Resultados: Veintisiete pacientes (21,6%) tenían historia de VP, que era vigente en 4 de ellas. Las mujeres que habían sufrido VP eran más jóvenes ($53,7 \pm 15,0$ vs $64,0 \pm 18,4$; $p = 0,020$), presentaban más frecuentemente síndrome ansioso-depresivo ($57,7\%$ vs $13,5\%$; $p < 0,001$) y tardaron más en consultar ($35,0 \pm 65,2$ días vs $7,9 \pm 25,0$ días; $p = 0,047$). Entre las mujeres mayores (≥ 65 años) existía más dislipidemia (100% vs $60,4\%$; $p = 0,039$) y peor control de la presión arterial (buen control 20% vs $78,4\%$; $p = 0,007$) en las que tenían historia de VP. No hubo diferencias en los diagnósticos, pruebas, tiempo de estancia, ingresos o evolución entre las pacientes con historia de VP o sin ella, ni hubo diferencias según la vigencia de la VP.

Conclusiones: La existencia actual o previa de VP en las pacientes que consultan por dolor torácico en urgencias es elevada. La existencia de VP va asociada a un retraso en la consulta y a mayor ansiedad, y puede contribuir a un mal control de los FRV, pero no afecta la evolución a medio plazo.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bcvinent@clinic.cat (B. Coll-Vinent).

KEYWORDS

Intimate partner violence;
Chest pain;
Emergency department

Domestic violence against women patients seen with chest pain in the emergency department

Abstract

Objectives: 1) To determine the prevalence of intimate partner violence (IPV) in patients seen in the emergency department with chest pain. 2) To analyse the possible association between IPV and presence/control of vascular risk factors (VRF), psychic manifestations of stress, delay in requesting care, care received, and prognosis.

Methods: The study was conducted on 125 women, and included a targeted interview, the Partner Violence Screen (PVS) test, a 30-day follow-up telephone interview, and a one-year follow-up clinical history review.

Results: A total of 27 patients (21.6%) had a history of IPV, which was present in 4 of them. Women with a history of IPV were younger (53.7 ± 15.0 vs. 64.0 ± 18.4 ; $P = .020$), had more anxiety or a depressive syndrome (57.7% vs 13.5%; $P < 0.001$), and consulted later (35.0 ± 65.2 days vs 7.9 ± 25.0 days; $P = .047$). Among older women (≥ 65 years), there was more dyslipidaemia (100% vs 60.4%; $P = .039$) and worse blood pressure control (good control 20% vs 78.4%; $P = .007$) in those with a history of IPV. There were no differences in the diagnoses, tests, length of stay, admissions or prognosis among patients with or without a history of IPV, and there were no differences according to chronology of IPV.

Conclusions: The current or previous existence of IPV in patients who consult for chest pain in the emergency department is high. The existence of IPV is associated with a delay in consultation and greater anxiety, and may contribute to poor control of VRF, but does not affect the prognosis in the medium term.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La violencia de pareja (VP) es un hecho grave presente en todo el mundo. La prevalencia de VP a lo largo de la vida es superior al 20% en la mayoría de estudios^{1,2}. En España, según una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en 2015, esta cifra supera el 25%³. La cifra de homicidios y suicidios atribuidos a la VP es alarmante, y es la primera causa de muerte en mujeres embarazadas⁴⁻⁶.

Un número cada vez mayor de estudios vinculan la VP a una amplia gama de conductas de riesgo y de resultados adversos para la salud de las personas afectadas, incluyendo una mayor incidencia de factores de riesgo vascular⁷⁻¹¹. Se han proporcionado varias teorías para explicar esta asociación, que se centran principalmente en alteraciones neurobiológicas en los circuitos implicados en la respuesta al estrés y que intervienen en las manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión^{12,13}.

Las mujeres que sufren una situación de violencia consultan frecuentemente a los servicios sanitarios, entre los que destacan los servicios de urgencias^{14,15}. Estos servicios también son ámbitos esenciales en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad coronaria, puesto que es allí donde consultan la mayoría de los pacientes cuando aparecen los síntomas por primera vez y/o cuando aparecen complicaciones. Por otro lado, el síntoma principal de la enfermedad coronaria, el dolor torácico, es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias y puede corresponder a otras patologías, la mayoría de ellas menos graves que la enfermedad coronaria.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad en todo el mundo, y la enfermedad coronaria es la más prevalente y grave de ellas^{16,17}. Algunos estudios sugieren que la enfermedad coronaria tiene un peor pronóstico en las mujeres en comparación con los hombres¹⁸⁻²⁰. La existencia de violencia, junto con la incapacidad de detectarla en ambientes médicos, podría ayudar a explicar los síntomas mal controlados, la mala adherencia al tratamiento o el resultado adverso en mujeres con VP. La relación entre VP y enfermedad coronaria en las mujeres ha sido poco estudiada. Hasta la fecha, solamente 4 artículos la han tratado tangencialmente²¹⁻²⁴. Todos ellos muestran una mayor prevalencia de enfermedad coronaria en mujeres que sufren VP respecto a las que no la sufren. Sin embargo, se trata de estudios descriptivos no controlados ni diseñados para evaluar dicha asociación. No existen estudios que analicen la relación más allá de la prevalencia, es decir, la relación con la presentación clínica, el pronóstico o el tratamiento.

El presente estudio intenta objetivar la prevalencia de VP en las pacientes que consultan a urgencias por dolor torácico y dilucidar si la existencia de una situación de violencia se asocia a ansiedad, a un peor control de los factores de riesgo vascular, o a un distinto tratamiento y/o pronóstico en estas pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a las mujeres que consultaron por dolor torácico al servicio de

urgencias de un hospital de tercer nivel, en días y horas preseleccionadas, entre el 1 de junio del 2014 y el 31 de mayo del 2015. Para la selección de los días y horas se tuvo en cuenta tanto la disponibilidad de los miembros del equipo investigador como la distribución equitativa en horas del día, días de la semana y estación del año. Para ello, se utilizó el calendario de asistencia predefinido de cada miembro del equipo investigador, sobre el cual se añadieron días correspondientes a fines de semana por no estar suficientemente representados previamente.

A todas las mujeres incluidas se les realizó una entrevista estandarizada, el test del *Partner Violence Screen* (PVS), versión española (PVSe, [anexo 1](#))²⁵, y una revisión de la historia clínica. Se preguntó por datos sociodemográficos, factores de riesgo vascular, antecedentes de cardiopatía isquémica, existencia de ansiedad y/o síndrome depresivo, enfermedad actual y existencia o no de situación de violencia.

La edad se cuantificó de forma continua y de forma categórica, estratificando en dos grupos de edad tomando como límite entre los grupos los 65 años. Se escogió esta cifra de edad por ser la edad en que se considera que empieza la adultez tardía y la jubilación en caso de trabajo remunerado previo. Respecto a los factores de riesgo vascular, se evaluó el hábito de fumar (no fumadora vs fumadora actual o reciente), el peso (sobrepeso o no) y la existencia de dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Respecto a los tres últimos ítems, también se preguntó por el tratamiento (sí o no, y tipo de tratamiento), el cumplimiento del mismo (nunca/ocasional/a menudo/siempre), la frecuencia de los controles médicos (nunca/ocasional/mensual/semanal/diario) y el grado de logro de control del factor de riesgo (bueno, regular o malo) de acuerdo al conocimiento de la paciente.

Se consideró que existía ansiedad y/o depresión cuando la paciente había sido diagnosticada como tal por un facultativo y/o recibía tratamiento para ello.

Respecto a la enfermedad actual, se preguntó por el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta a urgencias, el tipo de dolor según la primera evaluación del médico responsable (síndrome coronario agudo, dolor posiblemente coronario o dolor no coronario), las pruebas complementarias realizadas y sus resultados, y el diagnóstico final a la salida del servicio de urgencias, ya fuera por ser dada de alta la paciente o por ingreso hospitalario.

La existencia de una situación de violencia se evaluó mediante la entrevista y el PVSe. Para conocer la posible situación de violencia mediante la entrevista se realizaron dos tipos de abordaje: directo e indirecto. En todos los casos se explicaba a la paciente el motivo de la entrevista y la posibilidad de que un factor estresante continuo (existencia de violencia, además de otros ejemplos según criterio de la entrevistadora) pudiera afectar a la salud en general o a su motivo de consulta en particular. En el abordaje indirecto se preguntaba por ítems de la vida personal relacionados con los temas de la entrevista que pudieran estar relacionados con una situación de violencia (coartación de libertad para acudir al centro de salud, dificultad para seguir un tratamiento correcto, situaciones favorecedoras del hábito de fumar y otros ejemplos, según el criterio de

la entrevistadora). El abordaje directo se realizó siempre al final de la entrevista para asegurar un mayor grado de confianza de la paciente con la persona que entrevistaba, y consistía en preguntar a la paciente si se sentía maltratada actualmente por la pareja íntima o lo había estado en el pasado. En los casos en los que las pacientes reconocían una situación de violencia se les preguntaba por la cronología de la misma (situación únicamente sucedida en el pasado o situación vigente en el momento de la entrevista) y por la persona responsable del maltrato.

El PVS es un instrumento diseñado para la detección del maltrato de pareja en los servicios de urgencias hospitalarias. Consta de tres preguntas autoaplicadas o heteroaplicadas de valoración dicotómica (sí/no) sobre dos aspectos: violencia física (1 ítem) y percepción de seguridad (2 ítems), con un valor de un punto cada una. En el caso de una puntuación superior a 0, se debe considerar la posibilidad de una situación de violencia actual o reciente.

Para los fines del estudio se consideró que existía violencia cuando el test puntuó y/o cuando durante la entrevista la paciente manifestó estar o haber estado en una situación de violencia. Se incluyó solamente a las mujeres que presentaban o habían presentado VP, es decir, violencia de género producida en el contexto de una relación íntima^{26,27}. Para evitar un sesgo en la interpretación de los resultados, se excluyó a las pacientes que sufrían o habían sufrido otro tipo de violencia, a las pacientes en las que había dudas sobre la presencia o no de VP, y a las pacientes que habían sufrido violencia por parte de una pareja íntima femenina.

A todas las pacientes se les ofrecía atención por parte de trabajo social. En el caso de duda o discordancia entre la percepción de la entrevistadora y la información aportada por la paciente, también se contactaba con el/la trabajador/a social para una valoración inicial y, en caso de considerarlo necesario, un seguimiento mediante contacto con el personal de trabajo social del centro de salud. A los 30 días del alta de urgencias se realizó un seguimiento del historial de trabajo social y una entrevista telefónica a todas las pacientes por parte de la misma entrevistadora para confirmar o descartar el criterio inicial.

Al año del alta de urgencias se realizó un seguimiento mediante una revisión de la historia clínica del hospital y de la comunidad autónoma. En dicho seguimiento se investigó sobre mortalidad, reconsultas a urgencias, reingresos y los motivos de cada uno de estos eventos.

Todas las personas del equipo investigador que realizaron las entrevistas tenían experiencia en atención a mujeres en situación de violencia y habían asistido al menos a un curso, congreso o jornada de formación sobre el tema. Además, recibieron curso práctico individualizado de 4 horas por parte de una enfermera especializada en violencia de género y una formación específica tanto sobre el objetivo y la metodología del estudio como para la realización concreta de la entrevista.

Todas las pacientes firmaron el consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital.

Variables principales

Número y control de los factores de riesgo vascular.

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes incluidas

Característica	Total (n=125) n (%)	VP (n=27) n (%)	No VP (n=98) n (%)	p
Edad (media \pm DE)	62,1 \pm 18,1	54,9 \pm 14,2	64,0 \pm 18,6	0,020
Edad \geq 65 años	60 (48,0)	7 (25,9)	53 (54,1)	0,010
Estudios secundarios o superiores	66 (48,0)	18 (66,7)	48 (49,0)	0,103
Trabajo activo	44 (35,2)	17 (63,0)	27 (27,6)	0,001
Tabaquismo actual o reciente	25 (20,0)	8 (29,6)	17 (17,3)	0,158
Consumo habitual de alcohol	36 (28,8)	8 (29,6)	28 (28,6)	0,897
HTA	61 (48,8)	11 (40,7)	50 (51,0)	0,344
DM	22 (17,6)	2 (7,4)	20 (20,4)	0,116
Sobrepeso/obesidad	57 (45,6)	14 (51,8)	43 (43,9)	0,461
Dislipidemia	56 (44,8)	10 (37,0)	46 (46,9)	0,360
Sedentarismo	10 (8,0)	1 (3,7)	9 (9,2)	0,353
Ansiedad/depresión	28 (22,4)	15 (55,5)	13 (13,3)	< 0,001
Resultado positivo del PVSe	10 (8)	10 (37,0)	0 (0)	< 0,001

DE: desviación estándar; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; PVSe: test del *Partner Violence Screen*, versión española; VP: violencia de pareja.

Variables secundarias

Tiempo hasta la consulta, orientación diagnóstica inicial, diagnóstico tras la visita, pruebas complementarias realizadas, ingresos, reingresos y reconsultas a urgencias.

Análisis estadístico

Todos los análisis se realizaron con el paquete de software estadístico SPSS 18.0, aceptando un umbral de riesgo para un error de tipo I de 2 lados del 5%. Las diferencias en los perfiles de pacientes con o sin VP fueron evaluadas mediante la prueba de la ji al cuadrado (χ^2) o la prueba t para grupos independientes para variables cualitativas o cuantitativas, respectivamente.

Posteriormente se realizó un análisis estratificado, ajustando por los factores demográficos que pudieran interferir en los resultados.

Resultados

Se entrevistó a 132 mujeres, 5 de las cuáles fueron excluidas por haber sufrido otro tipo de violencia (1 maltrato infantil, 2 por miembros familiares femeninos, 2 abusos sexuales por varones distintos de la pareja íntima), y 2 más fueron excluidas por ser una sospecha alta y no confirmada de VP. Así, finalmente se incluyó a 125 mujeres de edad media 62,1 \pm 18,1 años. Los datos sociodemográficos y clínicos se detallan en la [tabla 1](#).

Violencia de género

Veintisiete pacientes (21,6%) refirieron haber vivido alguna situación de VP a lo largo de en su vida. De ellas, 4 la estaban viviendo en el momento de la entrevista. El diagnóstico de VP se realizó mediante la entrevista en todos los casos. El test de PVSe solamente fue positivo en 10 (37,3%) de estas pacientes.

Las mujeres que sufrían o habían sufrido VP eran significativamente más jóvenes (53,7 \pm 15,0 frente a 64,0 \pm 18,4 años; $p=0,020$) y con mayor proporción de trabajo activo (63,0% vs 27,6%; $p=0,001$) que las mujeres sin antecedentes de violencia. No hubo diferencias sociodemográficas entre las pacientes que habían padecido VP previamente y las que la estaban padeciendo en la actualidad.

Factores de riesgo cardiovascular

La mayoría de pacientes (81,6%) tenían al menos un factor de riesgo vascular. El más frecuente fue la hipertensión arterial (48,8%). La mayoría de pacientes con factores de riesgo vascular cumplían con el tratamiento y las visitas recomendadas y referían un buen control de los mismos. Al estratificar por el factor edad, en el grupo de mayor edad (\geq 65 años) se observó una mayor prevalencia de dislipidemia (100% vs 60,4%; $p=0,039$) y un peor control de la presión arterial (buen control 20% vs 78,4%; $p=0,007$) en las pacientes con historia de VP. No hubo diferencias entre las pacientes que habían padecido VP previamente y las que la estaban padeciendo en la actualidad.

Síndrome ansioso-depresivo

Veintiocho de las pacientes entrevistadas presentaban síndrome ansioso-depresivo, con una prevalencia mayor entre las pacientes con historia de VP (57,7% vs 13,5%; $p < 0,001$). Esta diferencia se mantuvo al estratificar por edad. No hubo diferencias entre las pacientes que habían padecido VP previamente y las que la estaban padeciendo en la actualidad. La presencia de este síndrome no influyó en la prevalencia o en el control de los factores de riesgo mencionados. Sin embargo, entre las pacientes con síndrome ansioso-depresivo, las pacientes mayores con historia de VP tenían más prevalencia de sobrepeso (100% vs 25%; $p=0,047$).

Tabla 2 Enfermedad actual y evolución

Característica	Total (n=125) n (%)	VP (n=27) n (%)	No VP (n=98) n (%)	p
Tiempo hasta la consulta (días, media \pm DE)	13,6 \pm 38,6	35,0 \pm 65,2	7,9 \pm 25,0	0,047
Determinación de troponina	108 (87,1)	21 (77,8)	87 (88,8)	0,279
<i>Pruebas complementarias específicas</i>				
Ecocardiograma	43 (34,4)	7 (25,9)	36 (36,7)	0,295
Cateterismo	27 (21,6)	5 (18,5)	22 (22,4)	0,660
Prueba de esfuerzo	22 (17,6)	5 (18,5)	17 (17,3)	0,887
Angio TC	6 (4,8)	1 (3,7)	5 (5,1)	0,763
Otras	12 (9,6)	2 (7,4)	10 (10,2)	0,621
<i>Diagnóstico inicial</i>				
No coronario	60 (48,4)	16 (59,2)	44 (44,9)	0,428
Posiblemente coronario	43 (34,4)	7 (25,9)	36 (36,7)	
SCA	21 (16,8)	4 (14,8)	17 (17,3)	
<i>Diagnósticos al alta</i>				
Inespecífico/en estudio	51 (40,8)	3 (11,1)	38 (38,8)	0,510
SCA o angina	44 (35,2)	7 (25,9)	30 (30,6)	
Mecánico	14 (11,2)	4 (14,8)	10 (10,2)	
Pericarditis	8 (6,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Arritmia	7 (5,6)	1 (3,7)	1 (1,0)	
Neumonía	5 (4,0)	3 (11,1)	2 (2,0)	
Embolia pulmonar	3 (2,4)	3 (11,1)	0 (0,0)	
Media de estancia en urgencias (horas)	8,7 \pm 7,1	7,4 \pm 5,5	9,0 \pm 7,5	0,336
Ingreso hospitalario	43 (34,4)	8 (29,6)	35 (35,7)	0,556
Reconsultas	71 (26,8)	18 (66,7)	53 (54,1)	0,287
Reingresos	25 (0,2)	6 (22,2)	19 (19,4)	0,713

DE: desviación estándar; SCA: síndrome coronario agudo; TC: tomografía computarizada; VP: violencia de pareja.

Enfermedad actual

El tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta la consulta fue superior en las pacientes con VP (35,0 \pm 65,2 vs 7,9 \pm 25,0 días; $p=0,047$). Esta diferencia se mantuvo en la misma proporción al estratificar tanto por edad como por ansiedad/depresión, aunque sin llegar a la significación estadística por ser menor el número de pacientes en cada grupo. No se observó ninguna diferencia en los diagnósticos inicial y al alta, el número y el tipo de pruebas realizadas, el tiempo de estancia en urgencias o el requerimiento de ingreso entre las pacientes con historia de VP o sin ella (tabla 2).

Evolución

No se observó ninguna diferencia en la evolución al año (reingresos, reconsulta o complicaciones) entre los grupos. Al estratificar por edad, se observó un mayor índice de reconsultas a urgencias entre las pacientes jóvenes que padecían VP (75% vs 48,9%; $p=0,05$), sin diferencias en las consultas por causa cardiovascular o los ingresos por cualquier causa.

Discusión

Este estudio demuestra que la prevalencia de VP entre las pacientes que consultan por dolor torácico en urgencias es elevada, que las pacientes con historia de VP consultan más tarde, y que tienen una tendencia al peor control de los factores de riesgo vascular.

La elevada prevalencia de VP hallada en nuestro estudio no es superior a otros estudios realizados en los servicios de urgencias^{14,15}. Sin embargo, sí es claramente superior a su identificación en la vida real. Sin ir más lejos, en el mismo centro en el que se realizó el estudio la tasa de detección de maltrato entre las pacientes atendidas en el servicio de urgencias es inferior al 0,2%. Probablemente, pues, esta superioridad esté más relacionada con la falta de detección adecuada en la práctica clínica diaria que con una mayor prevalencia en mujeres con dolor torácico respecto a las que consultan por otros síntomas.

Aun así, es difícil comparar esta prevalencia con otros estudios dada la gran variabilidad existente entre ellos respecto a la confirmación de la VP, desde los que se conforman con una pregunta hasta estudios que elaboran exámenes complejos, entrevistas directas o encuestas escritas. Este aspecto es muy importante, puesto que es conocido que las mujeres en situación de violencia no expresan fácilmente esta condición²⁸⁻³¹, por lo que una infradetección puede llevar a un sesgo importante al incluir pacientes en situación de violencia en el grupo de las no la sufren. En nuestro estudio se intentó estandarizar la respuesta con una entrevista estructurada, una formación específica de las entrevistadoras, la administración del PVSe y la exclusión de los casos dudosos.

Sorprendentemente, la detección fue muy superior mediante la entrevista que mediante el PVSe. Este hecho debería replantear la utilidad de pruebas de detección en una situación mucho más compleja que un diagnóstico médico objetivo. Además de la estructuración de dicha

entrevista, probablemente el clima de confianza creado y la ausencia de límite de tiempo influyeron en el mayor éxito en la detección. En este sentido, cabe destacar que aunque urgencias sea un ámbito en el que se deba incentivar la detección de VP porque acuden muchas mujeres en esta situación, la detección puede no ser fácil ni inmediata sin las personas y/o el tiempo necesarios.

Por otro lado, existe mucha variabilidad en el criterio del diagnóstico de VP: en ocasiones se considera solamente la violencia física, mientras que en otras se considera más de un tipo de violencia o cualquiera de ellos. Además, algunos estudios consideran solamente la violencia reciente, que arbitrariamente sitúan en el último año, mientras que otros estudios consideran la violencia ocurrida a lo largo de toda la vida²¹⁻²⁴. Estas diferencias no solamente impiden la comparación de los distintos estudios sino que, del mismo modo que en el punto anterior, cuestionan sus resultados, puesto que las mujeres no incluidas en el grupo de violencia por no ser física o no ser actual o reciente pasan a ser valoradas en el grupo de la no violencia. Nuestro estudio intentó evitar este sesgo incluyendo cualquier tipo de VP en cualquier momento de la vida. De hecho, no se observaron diferencias en ninguno de los ítems estudiados entre las mujeres que estaban viviendo una situación de violencia y las que lo habían hecho en el pasado.

El hallazgo de un peor control de los de los factores de riesgo vascular en las pacientes con historia de VP no es extraño, dado que esta situación va asociada a una disminución de la autoestima y del autocuidado. Aunque un peor control de los factores de riesgo vascular implica un mayor riesgo de cardiopatía isquémica, la falta de resultados significativos en este sentido probablemente se deba a que el estudio no estaba suficientemente empoderado o que el seguimiento de un año fue insuficiente, fundamentalmente porque la mayoría de las mujeres que sufrían o habían sufrido VP eran jóvenes. Vives-Cases et al.²³ afirman que existe una fuerte asociación entre VP y enfermedad coronaria, aunque el número global de pacientes con ella en su estudio fue escaso, y la atribuyen a la extrema ansiedad sufrida por las mujeres que han vivido violencia. Otros estudios también contemplan la ansiedad y la depresión presentes en estas mujeres como un factor de riesgo vascular³¹. En nuestro estudio, aunque la prevalencia de ansiedad y/o depresión fue superior entre las mujeres que sufrían VP, no se halló una asociación directa entre la existencia de ansiedad o depresión y la presencia de factores de riesgo vascular.

El dolor torácico no representa un diagnóstico de certeza, pero se escogió por ser un síntoma guía que motiva la consulta a un servicio de urgencias. Cabe destacar el mayor tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta en las mujeres que habían sufrido VP. El motivo por el que estas mujeres demoran la consulta probablemente no sea único: dificultades de acceso, minimización de síntomas, asociación a otros problemas, u otros. Tanto en la enfermedad coronaria como en otras cuyo síntoma principal es el dolor torácico, la atención tardía va asociada a un peor pronóstico. Aunque no se llegó a observar diferencias entre grupos respecto al pronóstico, este hecho puede contribuir a explicar el peor pronóstico de las mujeres con síndrome coronario agudo en urgencias.

Para asegurar la validez interna de los resultados, estos se estratificaron por las principales diferencias existentes entre grupos (edad y ansiedad/depresión). Aunque no se puede asegurar la reproducción de los resultados en otras circunstancias porque las características del centro o la habilidad y la apreciación de las entrevistadoras pudieran haber influido en los resultados, se intentó minimizar esta posible limitación con una formación reglada de las entrevistadoras y con la máxima meticulosidad metodológica posible en las definiciones y en la estructuración de la entrevista. Sin duda, la inclusión de un mayor número de pacientes o un mayor tiempo de seguimiento hubiesen podido aportar una mayor información al estudio. Esta limitación constituye un planteamiento para futuros estudios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Anexo 1

Versión española del *Partner Violence Screen* (PVS)

1. Durante el último año ¿ha sido golpeada, ha recibido patadas o puñetazos, o ha recibido otro tipo de maltrato físico?

Sí / No

En caso afirmativo, ¿por parte de quién?

2. ¿Se siente segura en su relación de pareja actual?

Sí / No / No tengo pareja

3. ¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores?

Sí / No

En **negrita**, la respuesta con valoración positiva en el cuestionario. Adaptado de García-Esteve et al.²⁵.

Bibliografía

- Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005. *Am J Prev Med.* 2008;34:112-8.
- García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006;368:1260-9.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Delegación del Gobierno para la violencia de género. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *Lancet.* 2013;382:859-65.

5. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deiessa N, et al., WHO multi-country study team. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*. 2011;73:79–86.
6. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during perinatal period: Findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*. 2011;118:1056–63.
7. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health*. 2007;17:437–43.
8. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *Int J Family Med*. 2013;313909, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/313909>.
9. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, García-Moreno C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. 2008. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371:1165–72.
10. Mason SM, Wright RJ, Hibert EN, Spiegelman D, Forman JP, Rich-Edwards JW. Intimate partner violence and incidence of hypertension in women. *Ann Epidemiol*. 2012;22:562–7.
11. González-Losada J, Castro-García Y, Tosco-García C, Rufino-Delgado MT, Mirpuri-Mirpuri PG, García-Alvarez CD. Prevalencia de violencia de género en atención primaria de Santa Cruz de Tenerife. *Semergen*. 2012;38:87–94.
12. Brown J, Hill M. Traumatic stress symptoms in women exposed to community and partner violence. *J Interpers Violence*. 2005;20:1478–94.
13. McFarlane J, Symes L, Frazier L. Connecting the dots of heart disease, poor mental health, and abuse to understand gender disparities and promote women's health: A prospective cohort analysis. *Health Care Women Int*. 2010;31:313–26.
14. Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, Nah G, Glass N, McLoughlin E, et al. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA*. 1998;280:433–8.
15. Wolff J, Cantos A, Zun L, Taylor A. Enhanced versus basic referral for intimate partner violence in an urban emergency department setting. *J Emerg Med*. 2017;53:771–7.
16. Ferreira-González I. The epidemiology of coronary heart disease. *Rev Esp Cardiol*. 2014;7:139–44.
17. World Health Organization (WHO) (2011). The top 10 causes of death. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/print.html>
18. Leurent G, Garlantézec R, Auffret V, Hacot JP, Coudert I, Filippi E, et al. Gender differences in presentation, management and in-hospital outcome in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: Data from 5000 patients included in the ORBI prospective French regional registry. *Arch Cardiovasc Dis*. 2014;107:291–8.
19. Ford E, Mokdad A, Li C, McGuire LC, Strine TW, Okoro CA, et al. Gender differences in coronary heart disease and health-related quality of life: Findings from 10 states from the 2004 behavioral risk factor surveillance system. *J Women's Health*. 2008;17:757–68.
20. Naito R, Miyauchi K, Konishi H, Tsuboi S, Ogita M, Dohi T, et al. Gender difference in long-term clinical outcomes following percutaneous coronary intervention during 1984–2008. *Atherosclerosis*. 2015;247:105–10.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence. *MMWR*. 2008;57:113–7.
22. Gass JD, Stein DJ, Williams DR, Seedat S. Intimate partner violence, health behaviours, and chronic physical illness among South African women. *S Afr Med J*. 2010;100:582–5.
23. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health (Oxf)*. 2011;33:15–21.
24. Lukasik P, Karakula-Juchnowicz H, Moryłowska-Topolska J. Long term somatic consequences of intimate partner violence in primary care patients. *Pol Merkur Lekarski*. 2015;39:372–6.
25. García-Esteve L, Torres A, Navarro P. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:390–7.
26. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer (Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993). Nueva York; 1993. Disponible en: http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejosescolares/archivos/declaracion_sobre_la_eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf
27. Torres Giménez A. Violencia de pareja: detección, personalidad y bloqueo de la huida [tesis doctoral]. Disponible en: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/313041/ATG_TESIS.pdf?sequence=1
28. Coll-Vinent B, Echeverría T, Rodríguez D, Farràs U, Millà J, Santiaña M. Perception of gender violence by health care professionals. *Gac Sanit*. 2008;22:7–10.
29. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med*. 2002;17:112–6.
30. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care: Attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med*. 1999;8:301–6.
31. Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. The relationship between depression, anxiety and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:123–36.