

REUE | Original

Lesiones físicas por violencia de género identificadas en urgencias

Luis Martínez-Sañudo, María del Mar Pizà Serra, Mireia Viñas Noguera, Mercè Pérez Chico, Sandra Mallorquín Rama, Xavier Pelfort López

OBJETIVO. Conocer qué lesiones son las más frecuentes como motivo de consulta en pacientes víctimas de violencia de género (VG), al acudir a urgencias, y con ello poder identificar los casos de forma temprana y poder intervenir adecuadamente.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional descriptivo de tipo cohorte retrospectivo. Incluimos las pacientes identificadas como víctimas de VG atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital de referencia, entre 2018 y 2022. Se analizaron datos demográficos de las pacientes y clasificamos las lesiones según su tipología y localización anatómica.

RESULTADOS. Se incluyeron 199 pacientes en el estudio. El horario de llegada más frecuente fue la noche, el día más reiterado el viernes y los meses con más pacientes julio y agosto. Las pacientes acudieron a urgencias presentando contusiones en un 86,93% de los casos, heridas en un 30,15% y fracturas en un 5,03%. El patrón más repetido fue el de una o varias contusiones en cara y/o cuello asociados a una contusión en otra localización. Dentro del subanálisis de lesiones en cara y cuello, lo más frecuente fueron las contusiones en región cervical anterolateral (48,54%).

CONCLUSIÓN. Conocer los patrones lesionales más repetidos en la VG es una herramienta útil para poder intervenir con prontitud y romper el ciclo de la VG.

Palabras clave: Violencia de género. Abuso. Agresión. Lesiones. Servicio de urgencias.

Injuries due to gender-based violence

OBJECTIVE. To determine the injuries that most often bring patients to the emergency department after gender-based violence so that cases can be identified quickly and proper interventions begin.

MATERIAL AND METHODS. Observational analysis of a retrospective cohort. We included patients identified as victims of gender-based violence treated in our hospital between 2018 and 2022, collecting demographic data and classifying injuries by type and anatomical locations. Descriptive statistics were compiled.

RESULTS. A total of 199 patients were included. The patients usually arrived at night and most often on Fridays. More patients were seen in July and August. On arrival 86.93% of the patients had bruises, 30.15% had wounds, and 5.03% had fractures. The most common profile was a patient with 1 or more bruises on the face and/or neck and associated bruising in another location. The most common face and neck lesions were bruises in the anterolateral cervical region (48.54%).

CONCLUSIONS. We do not extrapolate from this study to draw population-relevant conclusions, but rather to present observations from our hospital that can serve as a starting point for future studies. Understanding the most common patterns of injuries arising from gender-based violence can be useful for acting quickly and breaking the cycle of abuse.

Keywords: Gender-based violence; assaultive behavior; Aggression; Injuries; Emergency department.

Filiación de los autores: Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

Correspondencia: María del Mar Pizà Serra. Hospital Universitari Parc Taulí. Parc Taulí, 1. 08208 Sabadell, Barcelona, España.

E-mail: mmpiza@tauli.cat

Información del artículo: Recibido: 15-1-2024. Aceptado: 25-3-2024. Online: 10-4-2024.

Editor responsable: María Elena Castejón-de la Encina.

DOI: 10.55633/s3me/REUE014.2024

Introducción

Los últimos datos hechos públicos por la Organización Mundial de la Salud advierten de que existe una prevalencia global estimada de ser víctima de violencia de género (VG) de una de cada tres mujeres a lo largo de sus vidas^{1,2}. La VG, en la legislación española como "violencia que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad"³, se ha saldado con la muerte de más de 1.200 mujeres en España en los últimos 20 años⁴. Estos datos, junto al crecimiento de un preocupante discurso negacionista de la VG entre los más jóvenes⁵, justifica que hoy día la VG se considere un problema de salud pública significativo.

Del total de infracciones penales imputadas por asuntos de VG, las más frecuentes son las lesiones físicas (en 2019 un 51,2%)⁶, lo cual hace que el servicio de urgencias (SU) sea, en muchas ocasiones, el primero en atender mujeres en esta situación. Teniendo en cuenta que según los datos recogidos por Wadman *et al.*⁷ hasta el 44% de las víctimas de homicidio relacionado con VG habían acudido al SU dentro de los 2 años anteriores al homicidio, la capacidad del sistema sanitario para detectar estos casos puede tener un papel crucial en la identificación, prevención y gestión de estos.

Cuando un médico detecta una situación de riesgo en el ámbito de la VG, es importante que, además de activar los protocolos internos del hospital, firme el parte de lesiones. Sin embargo, en el periodo 2007-2019, el número de denuncias derivadas de partes de lesiones en España fue del 10,8%, y aunque a nivel nacional el porcentaje ha subido durante este periodo, en algunas comunidades el número de denuncias sigue siendo muy bajo⁶.

Los actos violentos ocasionan daño físico, discapacidad, secuelas, un gran número de años de vida potencial perdidos y disminución de la calidad de vida. Además, el coste económico para la sociedad también aumenta, puesto que las víctimas consumen más recursos de atención médica^{8,9}.

La descripción de las lesiones físicas puede ser de gran utilidad para identificar de forma temprana casos de VG. Según el estudio PRAISE¹⁰ una de cada cincuenta mujeres que acuden a una *fracture clinic* es víctima de VG y tres de cada cien mujeres atendidas por una lesión musculoesquelética aguda es consecuencia directa de VG. Atendiendo a estos datos, se comprende la posición única en la que se encuentra el SU para identificar a las víctimas⁸.

Las pacientes no siempre denuncian y muchas veces tampoco verbalizan la causa ni el mecanismo lesional en el entorno hospitalario. Creemos que comprender la demografía y los patrones lesionales que motivan más frecuentemente a las pacientes a acudir a urgencias es útil para que el personal sanitario pueda identificar los casos de forma temprana e intervenir adecuadamente.

Material y métodos

Llevamos a cabo un estudio observacional descriptivo de tipo cohorte retrospectivo. Para la conformación de la muestra incluimos las pacientes identificadas como vícti-

mas de VG atendidas en el servicio de urgencias de traumatología del Hospital Universitario Parc Taulí entre el 1 enero de 2018 y el 31 de agosto de 2022. Primariamente, a través del departamento de documentación clínica del hospital, seleccionamos los pacientes incluidos en el registro "altas de urgencias" con el diagnóstico primario o secundario de "maltrato físico adulto (T7411XA)" o "sospecha de maltrato físico adulto (T7611XA)" durante el periodo mencionado. Tras esta búsqueda inicial obtuvimos 627 casos.

Los criterios de inclusión establecidos para la investigación fueron: pacientes de género femenino, atendidas en urgencias entre las fechas mencionadas, que acudieron a urgencias por una agresión por parte de quienes estaban o habían estado ligados a ellas por relaciones de afectividad (parejas o exparejas). Hemos excluido del registro inicial pacientes víctimas de violencia fuera de los límites de la VG como tal (agresiones sexuales o de otro carácter por parte de desconocidos, agresiones intrafamiliares no recogidas en la definición anterior, etc.). Accedimos a las historias clínicas disponibles en el programa informático del hospital (HCIS 4.0) y revisamos el alta de urgencias para determinar si cumplía los criterios de inclusión.

Recopilamos en una hoja de cálculo del programa excel precodificada diseñada y validada específicamente para este fin los datos demográficos correspondientes a edad, país de origen, día de la semana y hora de llegada, así como los datos correspondientes a la exploración física y el diagnóstico. Los datos identificativos de las pacientes se anonimizaron. Clasificamos las lesiones identificadas según su tipología (contusión, herida o fractura) y según su localización anatómica general y específica: cabeza y/o cuello (dentro del cual subdividimos las lesiones en región orbitaria, región nasal, región labial, región facial periférica, región craneal, región cervical anterolateral), tronco (subdividido en región torácica, abdominal o lumbar), extremidad superior (región braquial/antebraquial, hombro, muñeca, mano, dígitos), extremidad inferior (muslo/pierna, rodilla, tobillo).

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

Realizamos un estudio descriptivo de las variables mediante el programa Excel y el Rstudio 2023.03.0, con R versión 4.2.2. Agrupamos las lesiones observadas según el número de lesiones observadas y según cada tipo de lesión (contusiones, heridas y fracturas).

Resultados

Identificamos 199 casos que cumplían criterios para ser incluidos como víctimas de VG. Ello supuso una frecuencia anual de 40 casos, y entre 1 y 2 casos al mes según el mes del año. En la [Figura 1 \(d\)](#), mostramos la tendencia anual de atenciones. Del año 2022 sólo contamos con los datos obtenidos hasta agosto (incluido). El número de pacientes atendidas en urgencias por este motivo aumentó significativamente durante los últimos años. La nacionalidad más frecuente de las víctimas fue la española (62,31%), seguida de pacientes de origen boliviano en un

Tabla 1. Patrón general de lesiones. Presentamos todas las lesiones registradas divididas según el número de lesiones (una, dos o tres o más) y, secundariamente, según su tipología. Todos los porcentajes representados en la tabla son respecto al total de las lesiones. (*C+c: cabeza y/o cuello)

Tipo de lesión	Localización	%	n		
Lesión única (n: 65, 32,66%)					
Contusión 23,62% (n: 47)	Cabeza y cuello	13,07	26		
	Extremidad superior	5,03	10		
	Extremidad inferior	2,01	4		
	Tronco	3,52	7		
Herida 6,53% (n: 13)	Cabeza y cuello	4,02	8		
	Extremidad superior	1,51	3		
	Extremidad inferior	0,50	1		
	Tronco (tórax)	0,50	1		
Fractura 2,52% (n: 5)	Fractura meseta tibial	0,50	1		
	Fractura nasal	0,50	1		
	Fractura clavícula	0,50	1		
	Fractura costal	0,50	1		
	Fractura falange distal dedo mano	0,50	1		
Dos lesiones (n: 70, 35,18%)					
Contusiones 25,63% (n: 51)	Contusiones en cara y cuello y extremidad superior	6,53	13		
	Contusiones en cabeza y cuello únicamente o junto a otras localizaciones (42,86%, n: 30)	Contusiones en cara y cuello	3,02	6	
		Contusiones en cara	2,01	4	
		Contusiones en cara o cuello y extremidad inferior	2,01	4	
		Contusiones en cara o cuello y tronco	1,51	3	
	Contusiones en extremidad superior únicamente o junto a otras localizaciones (38,%, n: 27)	Contusiones en extremidad superior e inferior	3,52	7	
		Contusiones en extremidad superior y tronco	2,01	4	
		Contusiones en extremidad superior	1,51	3	
		Contusiones en extremidad inferior y tronco	3,02	6	
		Contusiones en tronco	0,50	1	
	Contusión y herida 7,04% (n: 14)	Herida en cara y/o cuello (8,57%, n: 6)	y contusión en cara y/o cuello	2,51	5
			y contusión en extremidad superior	0,50	1
Herida en extremidad superior (11,42%, n: 8)		y contusión en cara y/o cuello	1,01	2	
		y contusión en extremidad superior	1,01	2	
	y contusión en extremidad inferior	1,01	2		
	y contusión en tórax	1,01	2		
Heridas 2,01% (n: 4)	Heridas en extremidad superior únicamente o junto a otras localizaciones	Brazo y muñeca	0,50	1	
		Brazo y rodilla	0,50	1	
	Heridas en cara y/o cuello (cara y labio)	Labio y dedos de la mano	0,50	1	
		0,50	1		
Fractura y herida 0,5% (n: 1)	Fractura nasal con herida facial periférica	0,50	1		
Tres lesiones o más (n: 64, 32,16%)					
Varias contusiones 17,59% (n: 35)	Contusiones en cabeza y/o cuello únicamente o junto a otras localizaciones (85,71%, n: 30)	Contusiones en cabeza y/o cuello y extremidad superior únicamente o junto a otras localizaciones (51,43%, n: 18)	C+c* y extremidad superior	5,53	121
			+c y extremidad superior, inferior	2,01	4
			C+c y tronco, extremidad superior	1,51	3
			C+c y extremidad inferior	2,51	5
			C+c y tronco	2,01	4
	Contusiones en extremidad superior junto a otras localizaciones (65,71%, n: 23)	Varias contusiones en c+c	1,01	2	
		C+c y extremidad inferior, tronco	0,50	1	
		Extremidad superior, inferior y tronco	1,51	3	
		Extremidad superior y tronco	1,01	2	
Una o varias contusiones y una o varias heridas 12,56% (n: 25)	Herida en extremidad superior (n: 14)	Varias heridas en extremidad superior	0,50	1	
		Heridas en extremidad superior y contusiones en tronco	2,01	4	
		Heridas en extremidad superior y contusiones en extremidad superior	2,51	5	
		Heridas en extremidad superior y contusiones en extremidad inferior	0,50	1	
		Heridas en extremidad superior y contusiones en cara y cuello	1,01	2	
	Varias heridas en cara y cuello (n: 5)	Varias heridas en extremidad superior y cara y cuello	0,50	1	
		Varias heridas en cara y cuello junto a contusión en extremidad superior	1,51	3	
		Varias heridas en cara y/o cuello	0,50	1	
		Varias heridas y contusiones en cara y cuello y contusiones en extremidad superior	1,51	3	
		Varias heridas y contusiones en cara y cuello	0,50	1	
Herida y contusiones en c+c (n: 6)	Varias heridas y contusiones en cara y cuello y contusiones en extremidad inferior	0,50	1		
	Varias heridas y contusiones en cara y cuello y contusiones en tronco	0,50	1		
	Herida en tronco con contusiones en cara y cuello y extremidad superior (n: 1)	0,50	1		
Una fractura y varias contusiones +/- heridas 2,01% (n: 4)	Fractura nasal, heridas en cara y/o cuello y contusiones en extremidades	1,01	2		
	Fractura F3, heridas y contusiones en extremidades inferiores	0,50	1		
	Fractura F3 y contusiones en cara	0,50	1		

Tabla 2. Distribución de las contusiones según su localización y, secundariamente, según las lesiones asociadas. Los símbolos *, **, ***, ^, " y " indican duplicidades en la tabla

Localización de las contusiones	Lesiones asociadas	%	n	
Contusiones en cabeza y cuello (51,76%, n: 103)	Como lesión única (una o varias)	19,10	38	
	Asociado a contusiones en extremidad superior	16,08	32*	
	Únicamente	12,06	24	
	Junto a contusiones en extremidades inferiores	2,01	4**	
	Junto a contusiones o heridas en tronco	2,01	4***	
	Asociado a contusiones en extremidad inferior	7,04	14	
	Únicamente	4,52	9	
	Junto a contusiones en extremidades superiores	12,06	4**	
	Junto a contusiones en tronco	0,50	1^	
	Asociado a contusiones en tronco	5,53	11	
	Únicamente	3,52	7	
	Junto a contusiones en extremidades superiores	2,01	4***	
	Junto a contusiones en extremidades inferiores	0,50	1^	
	Asociado a heridas (7,54%, n: 15)	Asociadas a heridas en cara y cuello	5,53	11
	Únicamente	3,02	6	
	Junto a contusiones en extremidades superiores	1,51	3"	
Junto a contusiones en otras localizaciones	1,01	2		
Asociadas a heridas en extremidad superior	2,01	4		
Asociadas a fractura (3.ª falange dedo mano)	0,50	1		
Contusiones en extremidad superior (38,19%, n: 76)	Como lesión única (una o varias)	6,53	13	
	Asociado a contusiones en cara y cuello	16,08	32*	
	Asociadas a contusión en extremidad inferior	5,03	10	
	Únicamente	3,52	7	
	Junto a contusiones en tronco	1,51	3	
	Asociadas a contusión en tronco	3,02	6	
	Asociadas a heridas en extremidad superior	3,52	7	
	Asociadas a heridas cara y cuello	3,52	7	
	Únicamente	2,01	4	
	Junto a contusiones en cara y cuello	1,51	3"	
Contusiones en extremidad inferior (16,58%, n: 33)	Asociado a fractura nasal	0,50	1	
	Como lesión única (una o varias)	2,01	4	
	Asociado a contusiones en tronco	3,02	6	
	Asociado a herida en extremidad superior	1,01	2	
	Asociado a fracturas	1,01	2	
Contusiones en tronco (20,60%, n: 41)	Asociado a contusiones o heridas ya mencionadas en la tabla	9,55	19"	
	Como lesión única (una o varias)	4,02	8	
	Asociado a herida en extremidad superior	3,02	6	
	Asociado a herida en extremidad superior y contusión en extremidades inferiores	0,50	1	
Total de pacientes con contusiones	Asociado a contusiones o heridas ya mencionadas en la tabla	13,07	26"	
		86,93	173	

7,04% de los casos, de origen ecuatoriano (5,03%) y de origen marroquí (4,02%).

En cuanto a la epidemiología, la **Figura 1 (a)** expone como el día de la semana con mayor número de visitas fue el viernes. La **Figura 1 (b)** muestra los horarios de llegada, en ella podemos ver como la franja horaria de visita más frecuente es la tarde (12-19 horas), seguido de la noche (19-00 horas) y la madrugada (00-06 horas). Durante la mañana (06-12 horas) se atiende el menor número de pacientes. La **Figura 1 (c)** expone la incidencia según los meses del año: julio y agosto fueron los meses con mayor número de visitas, sumando cada uno un 40% más de visitas que el mes sucesivo en orden de frecuencia (abril).

Las lesiones observadas según el número de lesiones observadas se presentan en la **Tabla 1**. Un 5,03% de las pacientes presentaban fracturas (n: 10), un 30,15% (n: 60) presentaban heridas y un 86,93% contusiones (n: 173). Dos tercios de las pacientes acudieron a urgencias presentando más de una lesión (67,34%) y un 32,66% presenta una le-

sión única. En las **Tablas 2, 3 y 4** distribuimos cada tipo de lesión (contusión, herida o fractura) según su localización concreta.

En la **Tabla 2** incluimos las 173 (86,93%) pacientes que acudieron a urgencias por contusiones como lesión única (n: 47) o asociado a otras lesiones (n: 126). El patrón más repetido fue una o varias contusiones en cara y/o cuello asociado a una contusión en otra localización (extremidades o tronco) (n: 49) suponiendo el 49,57% de las pacientes con contusiones en cara y/o cuello, el 27,84% de las pacientes con contusiones y el 23% de todas las pacientes incluidas en el análisis. Dentro del subanálisis de lesiones en cara y cuello (**Tabla 5**) lo más frecuente fueron las contusiones en región cervical anterolateral (48,54%), en muchas ocasiones secundarias a episodios de asfixia por parte del agresor; seguido de contusiones región facial periférica (32,04%) y en región orbitaria (17,48%).

En la **Tabla 3** analizamos la distribución de las heridas que presentan las pacientes (n: 60). Observamos que la

Tabla 3. Distribución de las heridas según su localización y, secundariamente, según las lesiones asociadas. Los símbolos * y ** indican duplicidades en la tabla

Localización de las heridas	Lesiones asociadas	%	n
Heridas en cabeza y cuello (15,08%, n: 30)	Como lesión única (una o varias)	5,03	10
	Asociado a heridas en extremidad superior	1,01	2*
	Asociadas a contusión	7,54	15
	En cara y cuello	5,53	11
	En cara y cuello solamente	3,02	6
	En cara y cuello y extremidad superior	1,51	3**
	En cara y cuello y extremidad inferior	0,50	1
	En cara y cuello y tronco	0,50	1
	En extremidad superior	3,52	7
	En extremidad superior solamente	2,01	4
	En cara y cuello y extremidad superior	1,51	3**
Heridas en extremidad superior (13,07%, n: 26)	Asociadas a fracturas	1,51	3
	Fractura nasal con herida facial periférica	0,50	1
	Fractura nasal, heridas en cara y/o cuello y contusiones en extremidades	1,01	2
	Como lesión única (una o varias)	2,51	5
	Asociado a heridas en extremidad inferior	0,50	1
Heridas en otras localizaciones (2,01%, n: 4)	Asociado a heridas en cara y cuello	1,01	2*
	Asociadas a contusión:	10,05	20
	En extremidad superior	3,52	7
	En cara y cuello	2,01	4
	En EEII	1,51	3
Heridas en otras localizaciones (2,01%, n: 4)	En tronco	3,02	6
	Tronco (1 como lesión única y 1 asociada a otras)	1,01	2
Heridas en otras localizaciones (2,01%, n: 4)	Extremidades inferiores (1 como lesión única y 1 asociada a otras)	1,01	2
Total de pacientes con heridas		30,15	60

Tabla 4. Distribución de las fracturas según su localización y, secundariamente, según las lesiones asociadas

Localización de las fracturas	Lesiones asociadas	%	n	
Fracturas en cabeza y/o cuello	Fractura nasal (2,01%, n:4)	Fractura nasal aislada	0,50	1
		Fractura nasal con herida facial periférica	0,50	1
		Fractura nasal con herida facial y contusiones en extremidades	1,01	2
Fracturas en extremidad superior	Fractura 3.ª falange dedo mano (1,51%, n: 3)	Fractura F3, heridas y contusiones en extremidades inferiores	0,50	1
		Fractura F3 y contusiones en cara	0,50	1
		Fractura F3 dedo mano	0,50	1
Fracturas en tronco	Fracturas costal	Fractura costal	0,50	1
		Fractura clavícula	0,50	1
Fracturas en extremidad inferior	Fractura meseta tibial	0,50	1	
Total de pacientes con fracturas		5,03	10	

Tabla 5. Localización anatómica específica de las lesiones en cabeza y/o cuello

Localización de las fracturas	Lesiones asociadas	%	n
Contusiones en cabeza y cuello (51,76%, n: 103)	Región orbitaria	17,48	18
	Región nasal	11,65	12
	Región labial	9,71	10
	Región facial periférica	32,04	33
	Región craneal	16,50	17
	Región cervical anterolateral	48,54	50
	Región orbitaria	13,33	4
Heridas en cabeza y cuello (15,08%, n: 30)	Región nasal	10,00	3
	Región labial	40,00	12
	Región facial periférica	33,33	10
	Región craneal	6,67	2
	Región cervical anterolateral	16,67	5
Fracturas en cabeza y cuello (2,01%, n: 4)	Región nasal	2,91	4

*En el caso de pacientes con dos o más lesiones podían presentar más de una contusiones o herida en cabeza y/o cuello y estar representadas por duplicado en esta tabla.

región más afectada vuelve a ser cara y/o cuello (n: 30) y que el 50% de las heridas en cara y cuello están asociadas a contusiones y el 33% se presentan como lesión única.

Un 5,03% (n: 10) de las pacientes presentaba una fractura. Las fracturas más frecuentes fueron las fracturas nasales y las fracturas de falanges digitales, en concreto de la falange distal (Tabla 4).

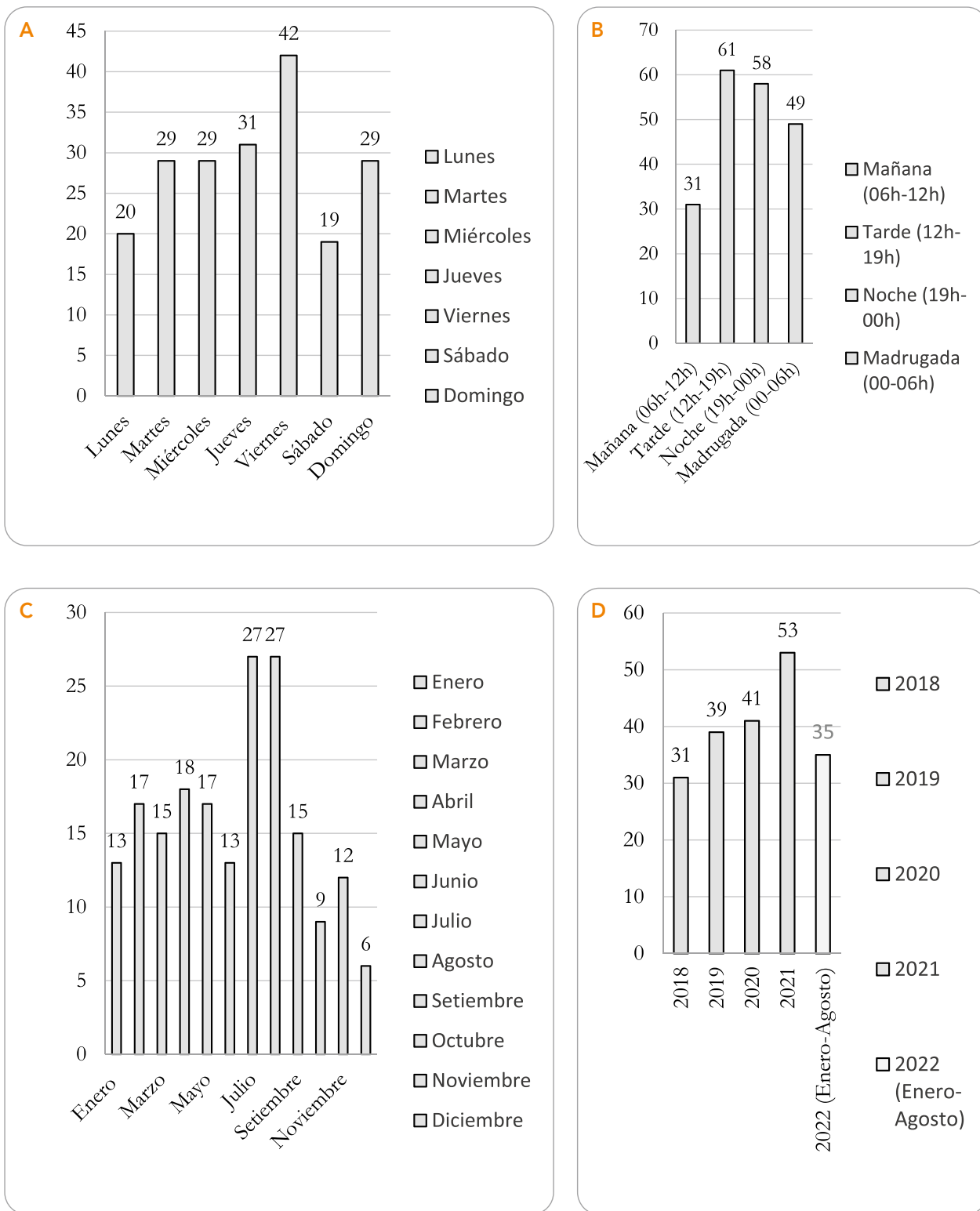


Figura 1. Margen superior izquierdo de la imagen (a), número de casos registrados según el día de la semana; margen superior derecho (b), número de casos visitados según la franja horaria del día; margen inferior izquierdo (c), número de casos registrado según el mes del año; margen inferior derecho (d), número de casos anual.

Discusión

El mecanismo de lesión más comúnmente descrito en la literatura es una agresión directa por parte de la pareja

o expareja y, en segundo lugar, caídas consecuencia de la agresión⁹. En nuestro estudio, el motivo de consulta más frecuente tras una agresión en el marco de la VG son las

contusiones (86,93%), de las cuales, un 23,63% lo presentaban como lesión única. Loder et al.⁸ tras recoger los datos registrados en unos cien hospitales estadounidenses, también describe como diagnóstico más común las contusiones y/o dermoabrasiones (43,4%). Las heridas se objetivan en un 30,15% de las pacientes de nuestro trabajo y las fracturas en un 5,03% de ellas. Loder et al.⁸ describen un 16,9% de heridas y un 9,7% de fracturas.

El análisis de resultados de estudios como el PRAISE¹⁰ o el de Thomas et al.¹¹ presentan una proporción de fracturas más altas, siendo prácticamente dos tercios de las lesiones diagnosticadas en el estudio PRAISE¹⁰ y casi un 20% en los resultados publicado por Thomas¹¹. No obstante debemos tener presente que en el primer caso sólo recogieron esguinces, distensiones y fracturas y el porcentaje se extrajo del total de las lesiones diagnosticadas. En el segundo, es de una revisión retrospectiva de imágenes radiológicas, por lo que tan sólo se revisaron pacientes que requirieron de pruebas de imagen por sospecha clínica (excluyendo pues pacientes con patología más banal).

Múltiples estudios previos señalan cabeza, cara y cuello como las localizaciones más comúnmente involucradas en la violencia de género^{8,11-13}. Esto coincide con el resultado de nuestro estudio, donde cabeza y/o cuello comprenden el 51,76% de las contusiones, el 50% de las heridas y un 40% de las fracturas. El mecanismo lesional más repetido han sido contusiones propiciadas con el puño o la palma abierta del agresor sobre las distintas regiones descritas o mecanismo de estrangulamiento en el caso de la región anterolateral cervical.

Dentro de las fracturas descritas en nuestro estudio, un 40% (4/10) fueron nasales, coincidiendo con el compromiso de cabeza y cuello como localización predilecta, y un 33% fueron en dedos de las manos, en concreto, fracturas de falanges distales. Loder et al.⁸, observaron que, en la extremidad superior, las lesiones más frecuentes en víctimas de VG se localizaban en los dedos, siendo las fracturas más comunes las de falange distal y las subluxaciones

más frecuentes las de articulaciones interfalángicas. Las fracturas de dedos en la población general son menos comunes y suelen estar relacionadas con lesiones deportivas o descuidos con puertas o herramientas. Cuando estas versiones no suenan plausibles, debemos pensar en el diagnóstico diferencial etiológico que esta lesión puede ser derivada de una agresión¹¹.

Varias revisiones señalan que las lesiones en las extremidades se observan en las primeras fases del abuso, mientras que las lesiones en la cara, el pecho y el abdomen ocurren más adelante en el ciclo de la VG^{12,14,15}.

En un 87,43% de los casos, las pacientes presentaban lesiones en múltiples localizaciones. Petridou et al.¹⁶ destacan en su revisión que las mujeres con múltiples lesiones tenían mucha más probabilidad de haber sido consecuencia de VG que debido a una caída casual. De manera similar, Spedding et al.¹⁷ describen que el número de lesiones difiere según el tipo de agresión: la mediana es de más de dos lesiones en aquellas agresiones atribuidas a VG versus una en aquellas no relacionadas con la VG. Es por ello por lo que, si una paciente presenta además de una lesión en extremidades, una lesión facial o cervical, debemos sospechar una mayor probabilidad de agresión que de caída casual. Como limitaciones a este estudio encontramos principalmente dos. En primer lugar, las propias de todo estudio retrospectivo y, en segundo lugar, el haberse desarrollado en el periodo de la pandemia por COVID-19, donde se incluyó el confinamiento obligatorio de la población, lo cual pudo haber influido tanto en la infra como en la sobre incidencia de casos 18-20. Conocer los patrones y ubicaciones más repetidos de las lesiones es útil para identificar a pacientes en riesgo de ser víctimas de VG, especialmente cuando es posible que la víctima no exponga completamente la historia o los detalles del evento. Con este estudio no pretendemos sacar conclusiones extrapolables a toda la sociedad, pero sí exponer los datos obtenidos en un nuestro hospital para que puedan servir para futuras investigaciones.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heikel AR, Rankin JA, Then KL. Intimate partner violence: A practice development issue for orthopaedic nurses. *Int J Orthop Trauma Nurs.* 2023;48:100998.
2. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Executive summary. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2021. ISBN: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra La Violencia de Género. «BOE» núm. 313, de 29/12/2004.
4. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, «Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. [En línea]. (Consultado 12 Diciembre 2024). Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>
5. Boneta-Sádaba N, Tomás-Forte S, García-Mingo E. «Culpables hasta que se demuestre lo contrario. Percepciones y discursos de adolescentes españoles sobre masculinidades y violencia de género.», Centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud, Fundación Fad Juventud, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7797449.
6. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género., «XIII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2019.» (Consultado 12 Diciembre 2024). [En línea]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/XIII_Informe2019_Capitulos.htm
7. Wadman MC, Muellemann RL. Domestic violence homicides: ED use before victimization. *Am J Emerg Med.* 1999;17:689-91.
8. Loder RT, Momper L. Demographics and Fracture Patterns of Patients Presenting to US Emergency Departments for Intimate Partner Violence. *JAAOS: Global Research and Reviews.* 2020;4(2):e20.00009.
9. Della Rocca GJ, Tornetta P, Schneider PS, Sprague S. Intimate Partner Violence and Orthopaedics. *Journal of Bone and Joint Surgery.* 2019;101:e62.
10. PRAISE Investigators; Sprague S, Bhandari M, Della Rocca GJ, Goslings JC, Poolman RW,

- Madden K, et al. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *Lancet*. 2013;382:866-76.
11. Thomas R, Dyer GSM, Tornetta III P, Park H, Gujrathi R, Gosangi B, et al. Upper extremity injuries in the victims of intimate partner violence. *Eur Radiol*. 2021;31:5713-20.
 12. Bhandari M, Dosanjh S, Tornetta P, Matthews D. Musculoskeletal Manifestations of Physical Abuse After Intimate Partner Violence. *J Trauma*. 2006;61:1473-9.
 13. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of Physical Injury Associated with Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010;11:71-82.
 14. Gosangi B, Lebovic J, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Harris M, et al. Imaging patterns of lower extremity injuries in victims of intimate partner violence (IPV). *Emerg Radiol*. 2021;28:751-9.
 15. Gosangi B, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Bay CP, Raja AS, et al. Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*. 2021;298:E38-E45.
 16. Petridou E. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Injury Prevention*. 2002;8:197-201.
 17. Spedding RL, McWilliams M, McNicholl BP, Dearden CH. Markers for domestic violence in women. *Emerg Med J*. 1999;16:400-2.
 18. Albert A, Jacob J, Ruibal JC, Malchair P, Llopis F, Ferre C. Estudio de las diferentes causas de mortalidad en pacientes con COVID19. Cohorte HUBCOVID365. *Rev Esp Urg Emerg*. 2023;2:132-9.
 19. Cajas-García M, Huanca-Choquehuanca E, Píllaca-Pullo O. Acerca de las características clínicas y evolución de pacientes con COVID-19 atendidos en servicios de urgencias españoles. *Emergencias*. 2021;33:486-7.
 20. Miró O. Tras el tsunami del COVID-19, ¿de vuelta a la normalidad? *Emergencias*. 2022;34:1-2.