



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad Receptora de
residnetes

“Incidencia de sospecha de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediatría del
Hospital General de Cholula”

Tesis para obtener el Diploma de
Especialidades en Pediatría

Presenta:

Antonio Sandoval Cartagena

Asesor

Jorge Alberto Muñoz Juárez

H. Puebla de Z. 01 Diciembre 2020

ÍNDICE

RESÚMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	
MALTRATO INFANTIL	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Epidemiología.....	11
1.3 Definiciones	13
1.4 Clasificación.....	14
1.5 Factores de riesgo	16
1.6 Signos y síntomas.....	17
1.7 Diagnóstico.....	19
1.8 Tratamiento.....	20
1.9 Complicaciones.....	21
1.10 Prevención.....	22
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
CAPÍTULO III	
JUSTIFICACIÓN	26
CAPÍTULO IV	
MÉTODO	27
CAPÍTULO V	
RESULTADOS	31
CAPÍTULO VI	
DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	41
REFERENCIA	43

RESUMEN

El maltrato infantil cuenta con una alta tasa de incidencia tanto a nivel mundial como nacional. De acuerdo con la UNICEF aproximadamente el 10% de la población en edad pediátrica sufre algún tipo de maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades; maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual y omisión de cuidados o negligencia. El objetivo de esta investigación fue describir la incidencia de pacientes con sospecha de maltrato infantil que se ingresan en el servicio de urgencias pediátrica en el Hospital General de Cholula de mayo 2018 a abril de 2019, por lo que se realizó un estudio del área clínica, de tipo observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, con muestreo aleatorio simple. La población de estudio constó de 371 pacientes ingresados en el servicio de urgencias de los cuales el 1.1% (4 pacientes) ingresaron con el diagnóstico confirmado de maltrato infantil, el 14% (52 pacientes) ingresaron con diagnósticos o patologías asociadas a algún tipo de maltrato, de esta población no se encontró predominancia en sexo ya que el 50% fueron hombres y 50% mujeres, el grupo etario con mayor sospecha fueron los lactantes con una incidencia del 32.7%, el tipo de sospecha de maltrato más frecuente registrado fue negligencia u omisión de cuidados con el 98.1% de los casos siendo los traumatismos el diagnóstico con más registros con el 59.6% de los casos. Se observó que los pacientes con sospecha de maltrato infantil permanecían un promedio de 2.8 días en el servicio de urgencias y 4 días de estancia intrahospitalaria. Finalmente se observó que el 69.2% contaban con un adecuado peso para la edad.

ABSTRACT

Child abuse is considered to have a high rate incidence both worldwide as nationwide. According to UNICEF approximately 10% of the pediatric population suffer from some type of child abuse in every one of its forms; physical abuse, sexual abuse, psychological abuse, negligence or the omission of child care. The objective of this investigation was to describe the incidents in which patients that are suspected to suffer child abuse are admitted into the Hospital General de Cholula from May 2018 to April 2019, for this in the clinical area a study was conducted through an observational, transversal, descriptive and retrospective based on simple random sampling. The study population consisted on 371 patients admitted into the emergency service, of which 1.1% (4 patients) were admitted with a confirmed diagnosis of child abuse, 14% (52 patients) admitted with diagnosis or pathologies associated with some type of abuse, in this population there was no predominance of gender found, due to the fact that 50% were male and 50% were female patients. In the age group in which there was a higher suspicion of abuse was in nursing babies with an incidence rate of 32.7%, the most frequent type of abuse was negligence or omission of child care with 98.1%. Being traumatism the highest diagnosis registered with 59.6% of the cases. It was noted that patients who were suspected to have suffered child abuse remained in emergency services for an average of 2.8 days and 4 days in hospital stay. Finally, it was noted that 69.2% were lacking the corresponding weight for their age.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil de acuerdo con la organización mundial de la salud se define como la desatención y abusos que sufren los menores de 18 años que causen o puedan causar un daño a su salud, desarrollo, dignidad o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2020).

Esta entidad se clasifica en cuatro principales grupos; omisión de cuidados o negligencia, maltrato psicológico, abuso sexual y maltrato físico. Aunque la mayor parte de casos de maltrato infantil se incluyen en esta clasificación, existen otras modalidades poco conocidas como el ritualismo satánico, el síndrome de Munchausen, maltrato étnico, niños en situación de guerra, trabajadores y migrantes, así como el maltrato entre pares (bullying) (Loredo-Abdalá, 2016).

La importancia de realizar un adecuado abordaje y diagnóstico en los menores que presentan sospecha de maltrato infantil se basa en las complicaciones que estos pueden tener, tanto físicas como emocionales y que en algunas ocasiones acompañaran a nuestros pacientes a lo largo de su vida.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud se estima que hasta mil millones de menores entre 2 y 17 años en todo el mundo durante el 2019 sufrieron de algún tipo de maltrato como abandono, maltrato sexual, físico o emocional, estas cifras son difíciles de obtener ya que cada país utiliza diferentes criterios diagnósticos y de registro para esta patología, por lo que los datos obtenidos pudieran subestimar la verdadera magnitud del problema.

En el Hospital General de Cholula ingresan al servicio de urgencias pediátricas un importante número de pacientes con algún diagnóstico asociado a sospecha de maltrato infantil, sin embargo, el hospital no cuenta con estadísticas acerca de esta entidad, además de no haber un registro del seguimiento que estos pacientes reciben.

Por lo anterior es que este protocolo cobra importancia y nos permitirá conocer la incidencia de dicha entidad en el servicio de urgencias pediatría de la unidad

hospitalaria previamente mencionada y de esta manera describir el comportamiento observado incluyendo el número de pacientes, predominio de sexo y edad, predominio de tipo de maltrato, así como los días de estancia intrahospitalaria.

Para fundamentar lo planteado en el primer capítulo se analiza el maltrato infantil, desde su descripción a lo largo de los años, la definición y clasificación, epidemiología, factores de riesgo, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención.

En el capítulo cuatro se realiza una descripción detallada de la metodología empleada en esta investigación.

Finalmente, en los capítulos cinco, seis y siete se exponen los resultados obtenidos, se realiza la discusión de los mismos y se describen las conclusiones obtenidas gracias a este protocolo, así como las limitantes y sugerencias para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un problema de carácter mundial, que puede tener consecuencias que duran toda la vida, tanto en la víctima como en la familia.

Existen muchas estadísticas de diversos países sin embargo aún falta datos sobre la situación actual en muchos otros ya que estas pueden ser difíciles de obtener y empatar a nivel mundial, siendo el diagnóstico complejo y dependiente de muchas variables como el país que lo estudia, los métodos de investigación que se emplean, las definiciones que se utilizan, el tipo de maltrato infantil que se estudia, así como la calidad de estadísticas y encuestas utilizadas en víctimas y familiares.

A pesar de las dificultades que existen en la recolección de dicha información, la OMS notifica que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos durante la infancia y 1 de cada 13 hombres y 1 de cada 5 mujeres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Se estima que cada año mueren por homicidio 41 000 niños menores de 15 años, esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a casusas accidentales como caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas (OMS, 2020).

Es importante entender el contexto de esta patología tomando en cuenta los antecedentes históricos de la misma, además de conocer las diferentes definiciones que existen de acuerdo a las diversas organizaciones encargadas del bienestar de la población pediátrica, la epidemiología y clasificación de la misma, así como los datos clínicos que nos pueden hacer sospechar de este padecimiento, por lo que en este capítulo se hará una revisión de este contenido.

1.1. Antecedentes

El maltrato infantil es un fenómeno que ocurre desde comienzos de la humanidad. Kempe piensa que esto ocurre por la persistente creencia de Aristóteles (400 años a.C), donde se decía “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” y por otro lado, a que continúa vigente la idea de castigar físicamente para imponer una buena disciplina (del Bosque-Garza, 2003).

Durante siglos el maltrato a los menores ha sido justificado de diversas formas; esto incluye desde sacrificios para mejorar la especie o incluso agradar a los dioses, hasta llegar a considerarlo como método de crianza habitual. Durante el siglo XIII una ley dio carácter público al castigo corporal de los niños “si se azota a un niño hasta hacerle sangrar, el niño lo recordará, pero si se le azota hasta causarle la muerte, se aplicará la ley”. El proverbio bíblico: “Prescinde del castigo y malcriarás al niño” se convirtió hacia el siglo XV en “Quien no usa de la vara odia a su hijo” (del Bosque-Garza, 2003). El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.

Hasta el año 1868 se describió el síndrome del niño golpeado por Ambrosie Tardieu, después de realizar análisis de patología en 32 niños quemados y golpeados. Después, en 1946 Caffey realizó una correlación entre la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los niños. Más tarde en 1962 Henry Kempe y Silverman, comenzaron a utilizar la expresión síndrome del niño golpeado y dicho concepto fue utilizado y ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos también emocionalmente o por negligencia y no solo de forma física, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.

De esta manera, se estableció la necesidad de aceptar que el maltrato infantil debía ser entendido como un problema médico-social-legal, que se había convertido en un flagelo mundial de la humanidad y fue así que en 1999 la Organización

Mundial de la Salud lo estableció como un problema de salud pública mundial (Loredo-Abdalá, 2016).

Desde 1998, en Europa, el enfoque de Barnahus es ampliamente reconocido como una "buena práctica sobresaliente" por las Naciones Unidas, el Consejo de Europa, la Unión Europea y otros actores principales. Fue implementado ese mismo año por Islandia, seguido por otros países nórdicos (Suecia en 2005, Noruega en 2007, Groenlandia en 2011, Dinamarca en 2013) bajo el nombre de "Barnahus" o Casa de los Niños. Hoy, hay más de 50 Barnahus en los países nórdicos y otros centros multidisciplinarios amigables que están creciendo en toda Europa y que comparten el objetivo de reducir la retraumatización en niños maltratados. Dentro de los países nórdicos, Islandia cuenta con 1 Barnahus, Suecia tiene 23, Dinamarca tiene cinco con tres satélites y Noruega (que tiene una población similar a Escocia pero una masa de tierra mucho mayor), tiene 10 (Harriet Hall, 2018). En 2016, Barnahus Islandia llevó a cabo un total de 235 entrevistas de investigación y 13 exámenes médicos a niños con apoyo terapéutico de seguimiento proporcionado a 134 de ellos. El modelo de Barnahus se adoptó para crear un sistema legal específico que responda a las necesidades especiales de los niños de quienes se sospecha que han sido víctimas de violencia o abuso. También se deriva del principio de que las necesidades de los niños en estos casos son totalmente diferentes de las de los adultos en la misma situación. Sin embargo, a partir de la década de los sesenta el maltrato infantil ha tomado importancia en México debido a publicaciones aisladas sobre casos clínicos donde predominan las manifestaciones de abuso sexual o daño físico.

En nuestro país se han realizado esfuerzos por atender y mejorar a víctimas de esta patología desde la década de los ochenta; en el Departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría (INP), se evidenció un aumento en niños que tenían ingreso hospitalario por algún otro diagnóstico y durante su estancia mostraban datos de alguna modalidad de maltrato infantil, en esa época denominado *síndrome del niño maltratado*. Por esta razón, al adquirir una mayor experiencia, el grupo médico y paramédico encabezado por el doctor Arturo Loredo

Abdalá comenzó a publicar artículos, enfatizando los aspectos médicos y quirúrgicos más notables de los niños y adolescentes que habían sido agredidos sexual o físicamente. (Loredo-Abdalá, 2016).

Jaime Marcovich Kuba, pediatra adscrito al Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), encabezó el estudio y señaló la importancia del este problema con el gremio médico de pediatría y con la sociedad. Realizó la publicación del libro *Tengo derecho a la vida*, basado en informes periodísticos. En años previos, diverso personal médico, del HIMFG y del Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizaron intentos para sensibilizar a la comunidad médica sobre el problema.

Al mismo tiempo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) colaboraba simultáneamente con un programa llamado PREMAN (Prevención contra el Maltrato), brindando atención a los casos en donde el personal de Salud Mental y Jurídica había establecido el diagnóstico de niño maltratado. Ante esta situación, todos los casos identificados en el INP debían ser enviados a dicha institución para su atención integral. Años posteriores la ley estableció la notificación obligatoria de cada caso a la agencia del Ministerio Público (MP) correspondiente con el fin de establecer la condición jurídica del menor, de la familia, del posible agresor y el destino transitorio o final de la víctima.

Durante el año 1997 se estableció oficialmente la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el INP (CAINM-INP) para desarrollar acciones de asistencia, docencia e investigación sobre el tema. En contra parte con los países industrializados, en México la situación aún era deficiente y precaria.

Con esta visión para enfrentar el problema, el doctor Arturo Loredo Abdalá, planteó a la dirección de Instituto Nacional de Pediatría varias estrategias para implementar acciones que permitieran desarrollar aspectos básicos en asistencia y al mismo tiempo mejorar la investigación y docencia del tema. Al inicio esto estaba enfocado al personal de salud del Instituto Nacional de Pediatría, sin embargo, posteriormente estas acciones fueron presentadas a otras instituciones médicas y a la población civil.

A pesar que la población pediátrica incluyendo niños y adolescentes tienen el derecho de una vida sin maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades, en México el panorama es diferente ya que los malos tratos, los castigos corporales o agresiones psicológicas se han considerado normales y aceptadas ya sea como una interacción cotidiana o como métodos de disciplina.

1.2. Epidemiología

De acuerdo con la UNICEF, la recolección de las estadísticas mundiales sobre maltrato infantil tiene dos grandes retos. El primero tiene que ver con la falta de cobertura, ya que mientras por un lado los registros administrativos sólo dan cuenta de casos detectados o poblaciones especiales, por el otro, las encuestas no suelen ser representativas de la población en general sino de instituciones, ciudades o grupos específicos. El segundo reto está asociado a la falta de estandarización y comparabilidad entre datos. Normalmente las definiciones, clasificaciones y reglas de conteo sobre violencia no son equiparables entre países, gobiernos subnacionales o agencias de protección. Igualmente, los criterios e inclusiones de aspectos como frecuencia, daños y relación con agresores no suelen coincidir entre métodos de medición. (UNICEF, 2019).

La Organización Mundial de la Salud notifica que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos durante la infancia, 1 de cada 13 hombres y 1 de cada 5 mujeres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Se estima que cada año mueren por homicidio 41 000 niños menores de 15 años.

El informe “Ocultos a plena luz” publicado por la UNICEF en 2017 reporta que alrededor de 120 millones de niñas menores de 20 años en todo el mundo (alrededor de 1 de cada 10) han experimentado relaciones sexuales por la fuerza u otros actos sexuales forzados y 1 de cada 3 niñas adolescentes de 15 a 19 años que estuvieron alguna vez casadas (84 millones) han sido víctimas de violencia emocional, física o sexual por parte de la pareja. Sobre homicidio se menciona que

una quinta parte de las víctimas en todo el mundo son niños y adolescentes menores de 20 años, lo que representó cerca de 95.000 muertes en 2012.

También hace referencia a la violencia en las escuelas, reportando que uno de cada tres estudiantes en el rango de edad entre los 13 y 15 años a lo largo del mundo padecen de algún tipo de acoso escolar; casi una tercera parte de los estudiantes entre los 11 y 15 años de América del Norte y Europa reportaron haber intimidado a otros en algún momento. Aproximadamente un 17% de la población pediátrica de 58 países padecen de formas graves de castigo físico.

En México el panorama no es diferente, aunque el registro de datos es difícil de obtener, se estima que alrededor de 2 de cada 10 padres y 4 de cada 10 madres reportan utilizar castigos físicos con sus hijas o hijos cuando sintieron enojo o desesperación y 2 de cada 10 mujeres mencionan que sus parejas o esposos han sido violentos de forma física con sus hijos o hijas.

Según datos de la ENIM (2015) 63% de las niñas y niños de entre 1 y 14 años han experimentado al menos una forma de disciplina violenta durante el último mes, las niñas y niños entre 3 y 9 años de edad suelen ser los más afectados por agresiones psicológicas o cualquier otro tipo de castigo físico.

También 0.4% de niños, niñas y adolescentes de en el rango de edad de 10 a 17 años padecieron algún daño en su salud como consecuencia de violencia en el hogar, agresión o robo. Otros tipos de violencia física severa como empujones desde lugares elevados, agresión sexual estrangulamiento o heridas por arma de fuego se encontraron desde 0.5% hasta 16% dentro del hogar, teniendo un predominio mayor en las mujeres que en los hombres.

Dentro de las estadísticas del Sistema de Justicia Penal en el año 2016 muestran que alrededor de la mitad de los delitos cometidos contra la población pediátrica se relacionan con actos que atentan contra su integridad patrimonial (robos simples o en la vía pública) y física (lesiones, abusos sexuales, violaciones, homicidios). Al hacer una diferencia entre los tipos de maltrato entre hombres y mujeres se observó

que los hombres padecen en mayor medida de lesiones, robos y homicidios en contra parte con las mujeres que sufren en mayor medida de amenazas, abuso sexual y violación.

1.3. Definiciones

Como se ha mencionado previamente, el maltrato infantil es una entidad difícil de entender y va a depender del contexto socio-cultural en el que se estudie, por esta razón diversas organizaciones han creado definiciones específicas que se utilizan alrededor del mundo para el abordaje de este tema, por lo que es importante conocer todas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como los abusos y desatención que sufren los menores de 18 años e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo, dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (OMS, 2020).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lo define como aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales (UNICEF, 2006).

La organización Save the Children fundada originalmente en Londres a principios del siglo XX dice que es cualquier acción no accidental por parte de

cuidadores o padres que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en un grave riesgo de padecerlo.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) de México lo definen como toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona menor de edad en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica.

1.4 Clasificación

Con el paso de los años y con el incremento en el interés sobre este tema, las diversas organizaciones han utilizado clasificaciones variadas de maltrato infantil; la más usada y acercada a las condiciones actuales en la población de estudio es la publicada desde 1991 por la Organización Mundial de la Salud, señalado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), la cual lo clasifica en cuatro grandes grupos: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico y negligencia, las cuales se pueden presentar de manera aislada o en conjunto, por lo que se presenta una revisión de cada una de ellas para entender el contexto que toma este trabajo.

Abuso físico o maltrato físico se produce cuando alguna persona, de manera deliberada, daña o pone en riesgo la integridad física de un niño. Las formas específicas son sacudirlo, tirarlo, morderlo y quemarlo (p. ej., escaldándolo o tocándolo con cigarrillos).

Abuso Sexual o maltrato sexual, la organización Save the children nos dice que son los contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el

agresor está en una posición de poder o control sobre otro. Las formas de abuso sexual son la penetración, sea oral, anal o vaginal, el tocamiento, que es contacto genital sin penetración y formas que no implican contacto físico por el perpetrador, como exhibicionismo de los genitales del mismo, mostrar material sexualmente explícito a un niño o forzarlo a participar en un acto sexual con otro niño o en la producción de material de contenido sexual.

Abuso psicológico o maltrato emocional es la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o el confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Save the children separa un rubro como abandono emocional y lo define como la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciales por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable.

Negligencia que también se encuentra en la bibliografía como omisión de cuidados o abandono se refiere a la falta de satisfacción de las necesidades básicas físicas, emocionales, educacionales y médicas del niño. Los diferentes tipos de negligencia se pueden definir como descuido físico que es la falta de alimentación, indumentaria, abrigo, supervisión adecuados y de protección contra posibles daños; el descuido educacional consiste en no inscribir al niño en la escuela o corroborar que asista a ella y la negligencia médica es no garantizar que un niño reciba los cuidados adecuados o el tratamiento necesario para lesiones o trastornos físicos o mentales.

Aunque al clasificar esta patología en cuatro grandes grupos se abarcan casi por completo todas las formas de maltrato infantil, existen algunas otras modalidades que son menos conocidas como maltrato étnico, abuso fetal, ritualismo satánico o síndrome de Munchausen.

1.5. Factores de riesgo

El maltrato infantil se puede presentar en cualquier parte geográfica, en cualquier nivel socio-económico y en cualquier nivel escolar, sin embargo, se han descrito diversos factores que pueden incrementar la posibilidad de presentar esta entidad, aunque no estén presentes en todos los niveles culturales y sociales.

Los factores de riesgo que presenta el niño para sufrir algún tipo de maltrato son la adolescencia y edad inferior a cuatro años, el hecho de no cumplir con las expectativas de los padres o no ser deseados, así como tener rasgos físicos anormales, llorar mucho o tener necesidades especiales.

Los padres o cuidadores de los niños también cuentan con ciertas características que incrementan el riesgo de ser proveedores de maltrato como las dificultades económicas, padres con participación en actividades delictivas, el consumo de alcohol o drogas, las expectativas no realistas sobre desarrollo infantil, los antecedentes personales de maltrato infantil y las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido.

Existen características en el ámbito social y comunitario que aumentan la posibilidad de maltrato infantil, entre ellas destacan las desigualdades socioeconómicas, las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generen malas condiciones de vida, la rigidez de los papeles asignados a cada sexo, los castigos físicos, el trabajo infantil, la pornografía infantil, la prostitución, los programas y políticas insuficientes de prevención, los niveles elevados de pobreza y desempleo, la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo y las desigualdades sociales y de género.

1.6. Signos y síntomas

El abordaje de un niño que ha sufrido de maltrato infantil puede ser difícil ya que va a depender del tipo de maltrato que sufre, siendo quizás el maltrato físico un poco más evidente por los estigmas presentes además de que los pacientes con frecuencia se sienten culpables, avergonzados o incluso confundidos, sin embargo, existen ciertos signos y síntomas que nos pueden hacer sospechar de esta patología.

Entre las señales de alarma que nos pueden hacer sospechar dicha entidad se encuentran intentos de suicidio o daño a sí mismos, comportamiento rebelde, intentos de huir de casa, rechazo a irse de las actividades escolares, ausencias frecuentes en la escuela, aparente falta de supervisión, la pérdida repentina de confianza en sí mismo, miedos inusuales, depresión o ansiedad, cambios en el rendimiento escolar, hiperactividad u hostilidad, enojo, agresión y el aislamiento de amigos o las actividades de rutina.

De los signos sugestivos de maltrato físico se incluyen lesiones en la piel como huellas de manos o marcas ovals de la yema del dedo causadas por abofetear o agarrar y sacudir, las equimosis largas en forma de banda causadas por azotes con el cinturón, hematomas arciformes estrechos causados por azotes con cable de extensión, múltiples quemaduras pequeñas y redondas causadas por cigarrillos, escaldaduras simétricas de las extremidades superiores, inferiores o las nalgas causadas por inmersión intencional, marcas de mordidas, engrosamiento de la piel o cicatrices en las comisuras de la boca causadas por estar amordazado y alopecia en parches con longitud variable del cabello causada por tirones del mismo. Los hallazgos radiológicos encontrados de tipo fracturas que se asocian con maltrato físico son las metafisiarias, de dedos en niños que no caminan, de huesos largos, vertebrales y costales.

Al abordar a un niño con maltrato sexual nos enfrentamos a diversas modalidades ya que los pacientes pediátricos no muestran espontáneamente el abuso sexual y raras ocasiones presentan signos físicos o conductuales de éste;

los signos más frecuentes encontrados en estos pacientes pueden ser alteraciones del sueño, fobias, retraimiento o agresividad, contacto sexual inapropiado con otros niños, desgarros o moretones alrededor de boca, ano o genitales, dificultades para caminar o sentarse, declaración de haber sufrido abuso sexual, sangre en la ropa interior, infección de transmisión sexual o embarazo y conocimiento o comportamiento sexual inapropiado para la edad del niño.

El maltrato emocional puede amortiguar la expresividad emocional y reducir el interés por el ambiente, suele provocar retraso del crecimiento que a menudo se diagnostica erróneamente como discapacidad intelectual o enfermedad física. Con frecuencia, el retraso del desarrollo de las aptitudes sociales y el lenguaje se debe a estimulación e interacción parental inadecuadas. Los niños sometidos a maltrato emocional pueden ser inseguros, ansiosos, desconfiados, superficiales en las relaciones interpersonales, pasivos y demasiado preocupados por agradar a los adultos. Los niños que son rechazados pueden tener muy baja autoestima (Pekarsky Alicia, 2018).

Cuando nos enfrentamos a un paciente que ha sufrido maltrato infantil por negligencia u omisión de cuidados se pueden encontrar falta de atención médica, odontológica o psicológica así como su seguimiento inadecuado, registro de asistencia escolar inconsistente, ocultar alimentos para más tarde, tomar dinero o alimentos sin permiso, falta de suministros o ropa para satisfacer las necesidades físicas, higiene deficiente, sobrepeso o crecimiento deficiente.

Es importante al abordar a un niño con sospecha de maltrato infantil buscar datos sugestivos en el comportamiento de los padres o cuidadores ya que pueden mostrar poca preocupación por el niño, constante menosprecio hacia el mismo o describirlo con términos negativos y ofrecer explicaciones contradictorias, que no son consistentes con las lesiones presentes en el niño o no se ofrece ninguna explicación.

1.7. Diagnóstico

Es importante realizar correctamente el diagnóstico de un niño que sufre de maltrato infantil para evitar el menor número de complicaciones posibles ya que hacerlo de manera errónea puede traer como consecuencia estigmatizar a los familiares y cuidadores.

Cuando el profesional de salud evalúa a estos pacientes debe realizar una historia clínica completa buscando intencionadamente datos sugestivos como hospitalizaciones frecuentes o enfermedades no explicadas, en la exploración física siempre deben buscarse signos sugestivos de maltrato físico o abuso sexual, se debe de evaluar el estado nutricional así como poner especial atención en el comportamiento del niño tanto con el personal de salud como la interacción que tiene con sus padres o cuidadores, de ser posible hablar con el niño realizando preguntas abiertas sobre lo ocurrido. Se deben utilizar los estudios tanto de laboratorio como de gabinete disponibles para un mejor abordaje.

Es difícil que el personal de salud pueda dar un diagnóstico certero de maltrato infantil ya que regularmente solo se encuentran signos y síntomas sugestivos, por lo que solo hablaríamos de sospecha de maltrato infantil, es por esta razón que parte del diagnóstico de esta entidad es notificar a los trabajadores sociales, a las autoridades pertinentes como Ministerio Público (MP) y de ser posible solicitar una valoración por el servicio de psicología/psiquiatría.

Existen diversas asociaciones que pueden ser de utilidad para el adecuado abordaje del maltrato infantil. En Europa la organización Save de Children cuenta con “Barnahus” que son espacios creados para abordar de la mejor manera y con el menor daño posible a estos pacientes. En México existen asociaciones como “Antenas por los niños” que es una fundación creada desde 2004 en donde gracias a una cámara de Gesell móvil y un personaje creado mediante un software se puede hacer un abordaje psicológico a estos pacientes, lo cual es importante porque estas declaraciones pueden tener un carácter legal. Esta fundación ha trabajado

previamente con hospitales pediátricos como el Hospital Infantil de México y el Hospital Pediátrico de Tacubaya en Ciudad de México.

1.8 Tratamiento

Es necesario un tratamiento integral, que debe ofrecerse no sólo para la víctima sino también para el agresor y la familia, por lo cual se requiere de un equipo multidisciplinario que se encargue de este problema y aborde los aspectos legales, psicológicos y biológicos pertinentes siendo necesaria la planeación y coordinación de estos servicios y de personal profesional capacitado (Santana-Tavira, 1997)

El tratamiento inicial de un niño que padece de maltrato infantil es resolver las necesidades médicas urgentes y la seguridad inmediata del paciente. Se debe realizar una revisión minuciosa por parte de un profesional de la salud para identificar problemas médicos que requieran tratamiento prioritario.

En cuanto a la seguridad inmediata del paciente, cuando nos enfrentamos a una probable víctima de maltrato, se requiere dar aviso a las autoridades pertinentes. En México regularmente la instancia que ayuda a valorar a estos casos es el Ministerio Público. Parte de la seguridad que se debe brindar al paciente consiste en decidir el mejor destino para este, ya sea que pueda mantenerse hospitalizado, alojarse con algún familiar, permanecer en DIF o regresar a domicilio con cuidadores primarios.

El tratamiento integral de estos pacientes incluye la valoración por un profesional en salud mental (psicólogo/psiquiatra) con el fin de ayudar al niño a enseñar a manejar conflictos, enseñar sobre relaciones y comportamientos normales y confiar de nuevo, incrementando de esta manera su autoestima. Hay gran diversidad de terapias que pueden resultar efectivas, tal es el caso de la terapia cognitivo-conductual que se centra en el trauma; este tipo de terapia ayuda a un niño que fue víctima de maltrato a manejar mejor los sentimientos de angustia y enfrentar los

recuerdos relacionados con el trauma. Eventualmente, el padre o madre que brinda apoyo y que no ha maltratado al niño se reúne con el paciente para que este pueda contarle exactamente lo que sucedió. La psicoterapia puede ser útil para mejorar la relación y crear un vínculo más fuerte entre padres e hijos. (Clínica Mayo, 2019)

1.9. Complicaciones

Las complicaciones de esta entidad se pueden presentar a corto y largo plazo, dependiendo de diversos factores como el abordaje y tratamiento oportunos así como las fuentes de apoyo social y habilidades de resiliencia que adquieran tanto el paciente como la familia o cuidadores primarios.

Los problemas físicos que se pueden presentar como complicaciones son el abuso de sustancias, de aprendizaje, discapacidades físicas y muerte prematura. También existen secuelas en el comportamiento como intentos suicidas, conductas violentas y delictivas, aislamiento y maltrato infligido a otros, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos adolescentes, problemas en el ámbito escolar y habilidades sociales e interpersonales limitadas. Las secuelas emocionales y mentales incluyen trastornos alimenticios, baja autoestima, normalización de la violencia en relaciones interpersonales, dificultad para establecer o conservar relaciones, trastornos de personalidad, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño y trastorno de estrés postraumático.

Más allá de sus consecuencias sanitarias y sociales, el maltrato infantil tiene un impacto económico que abarca desde costos de hospitalización, tratamientos, atención en salud mental, servicios sociales para la infancia y demás costos derivados de la atención a largo plazo (OMS, 2020).

1.10 Prevención

Los programas de prevención del maltrato infantil deben formar parte de toda atención ambulatoria en salud mediante la educación de cuidadores, padres y niños, así como el reconocimiento de factores de riesgo, derivando a los servicios apropiados a quienes cumplan con criterios de sospecha. Todo esto requiere un enfoque multisectorial; los programas con mayor eficacia son los que presentan técnicas positivas para la crianza de los hijos, apoyo a los padres y les aportan conocimientos.

Para maximizar los efectos de la prevención y atención, la OMS recomienda que las intervenciones se realicen en un marco de salud pública y en cuatro fases: definición del problema; identificación de causas y factores de riesgo; creación y puesta a prueba de intervenciones destinadas a minimizar factores de riesgo y finalmente difusión de información sobre la eficacia de las intervenciones así como expansión en la aplicación de las intervenciones con eficacia demostrada (OMS, 2020).

Como se ha mencionado, el maltrato infantil es una problemática mundial tan antigua como la historia de la humanidad y que a lo largo de las diferentes épocas ha sufrido cambios contextuales hasta llegar a la actualidad donde encontramos diversas asociaciones y fundaciones encaminadas al abordaje, tratamiento y prevención de esta.

Por tal motivo existen variadas clasificaciones que se ajustan a las características particulares que poseen los diferentes países donde se estudia esta patología, sin embargo, la OMS propone una clasificación universal que todos debemos conocer y seguir.

Cuando se realiza el abordaje de pacientes en edad pediátrica que cuentan con diversos factores de riesgo para padecer maltrato infantil, es imprescindible tener un alto grado de sospecha para comenzar un adecuado abordaje; es de suma importancia hacerlo de manera adecuada y oportuna ya que un diagnóstico erróneo

puede desencadenar consecuencias para los familiares o cuidadores primarios, como la estigmatización de los mismos.

La finalidad del tratamiento de esta patología va encaminado a evitar el mayor número de complicaciones, ya sean que requieran de manejo médico inmediato o apoyo de personal especializado en la salud mental para asegurar un mejor retorno a las actividades sociales así como asegurar que el niño no sea nuevamente víctima de maltrato.

Finalmente se han descrito diversos programas y asociaciones encaminadas a la prevención del maltrato; la OMS dicta sus recomendaciones para lograr este fin. En México diversos hospitales como INP poseen clínicas especializadas en el abordaje y tratamiento de maltrato infantil, además contamos con asociaciones como Antenas por los Niños que están creadas para facilitar la detección y tratamiento de esta población vulnerable.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con lo descrito previamente se ha señalado que las estadísticas registradas a nivel global y sobre todo en México acerca del maltrato infantil son difíciles de recolectar por dos principales problemas; el primero depende del registro de datos ya que la información reportada no muestran la realidad sobre este padecimiento por el subregistro de pacientes y los datos registrados no suelen representar a la población en general, más bien representan a una minoría de la población que acude a cierta institución u hospital. El segundo problema lo encontramos en las clasificaciones y definiciones tan variadas, las cuales hacen que los datos no sean equiparables entre países, debido a que los médicos así como demás personal sanitario involucrado, desconocen las diferentes modalidades de maltrato infantil, no cuentan con centros de atención integral o no se utilizan los criterios internacionales para el registro.

Si bien son cada vez más los países que prohíben expresamente en sus leyes cualquier tipo de violencia, la evidencia internacional muestra que la mayoría de las estrategias para erradicarla mantienen una visión fragmentada y reactiva del problema. Además, tanto planes como programas suelen omitir las perspectivas de infancia, género y de derechos humanos, desconsiderando aquella violencia que afecta especialmente a niñas, niños, mujeres y adolescentes. Por último, la inversión en programas de prevención de la violencia, mecanismos de asesoramiento, reporte, denuncia y recolección de datos ha sido insuficiente para su adecuado funcionamiento (UNICEF, 2019).

La clínica CAINM-INP UNAM nos dice que alrededor del 10% de la población infantil puede ser padecer de alguna forma de maltrato en cualquiera de sus modalidades, que aproximadamente solo 1 de cada 100 niños con maltrato recibe atención médica y que del 55% al 85% de los adultos maltratadores fueron agredidos durante su niñez.

Tomando en cuenta las estadísticas nacionales y mundiales, el maltrato infantil es una entidad de suma importancia y no tener un diagnóstico de manera certera y oportuna puede traer complicaciones importantes, es por esto que cualquier profesional de la salud que esté en contacto con pacientes pediátricos debe conocer los factores de riesgo que nos pueden hacer sospechar de esta entidad. En adición, resulta imperativo que todos los centros hospitalarios destinados a esta población tengan un protocolo de seguimiento en caso de sospechar maltrato.

Uno de los principales problemas que se encuentran es el bajo índice de sospecha de esta entidad ya que los médicos en la mayoría de las ocasiones centran su atención en la patología por la cual acude el paciente a valoración y no se realiza un abordaje integral de los signos de alarma que puedan indicarnos que un niño sufre de maltrato, por esta razón el registro de pacientes también se ve afectado.

Otro aspecto en el que regularmente podemos encontrar obstáculos es el seguimiento de casos en quienes se sospecha de esta patología ya que gran parte de los casos se reporta a las autoridades pertinentes, regularmente Ministerio Público, las cuales acuden en tiempos prologados a dicho seguimiento o incluso no acuden en absoluto.

Es por ello la importancia de hacer una recolección de datos para conocer cuál es la incidencia de maltrato infantil en un hospital de segundo nivel, de esta manera poder comparar con estadísticas nacionales, mundiales y poder concientizar de la importancia de esta patología para planear programas o estrategias que ayuden en el diagnóstico oportuno y certero así como en el seguimiento a corto, mediano y largo plazo de estos pacientes.

Y se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia de sospecha de maltrato infantil en los pacientes que acuden a urgencias de pediatría en el Hospital General de Cholula de mayo 2018 a abril 2019?

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

El maltrato infantil cuenta con una alta tasa de incidencia tanto a nivel mundial como nacional. De acuerdo a las estadísticas se ha visto que aproximadamente el 10% de los niños sufre algún tipo de maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades; omisión de cuidados o negligencia, maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual.

Es una entidad que requiere de alta sospecha diagnóstica debido a sus diferentes formas de presentación. En el servicio de urgencias de pediatría del Hospital General de Cholula reciben atención un alto número de pacientes donde el motivo ingreso está asociado a maltrato infantil, principalmente negligencia (omisión de cuidados).

Se requiere de un diagnóstico oportuno y certero ya que las consecuencias de esta patología pueden incluir desde enfermedades médicas que requieren una atención urgente hasta secuelas en el crecimiento y desarrollo de estos pacientes.

Uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos dentro del Hospital General de Cholula, es el escaso seguimiento que se otorga a los pacientes incluso cuando cuentan con varios factores de riesgo para padecer maltrato y en quienes si se sospecha de esta entidad no se realiza un adecuado registro, ya sea en expediente clínico, notificación a trabajo social o seguimiento por las autoridades pertinentes.

Ya que en nuestro hospital no se cuenta con estudios que describan la incidencia y comportamiento de esta patología, será relevante realizar una revisión del censo diario para evidenciar de acuerdo a los diagnósticos de ingreso, sexo, edad, peso, fechas de ingreso y egreso la incidencia de sospecha de maltrato infantil, el tipo de maltrato infantil más frecuente, la edad pediátrica en la que se presenta, que predominio tiene de acuerdo al sexo, los días de estancia intrahospitalaria y el estado nutricional de estos pacientes.

CAPITULO IV

MÉTODO

Objetivo general

Identificar la incidencia de pacientes con sospecha de maltrato infantil que se ingresan en el servicio de urgencias pediatría en el Hospital General de Cholula de mayo 2018 a abril de 2019

Objetivos específicos

- Describir el número de pacientes ingresados al servicio de urgencias pediátricas y cuántos de ellos tienen diagnóstico de ingreso con patologías asociadas a sospecha de maltrato infantil.
- Describir el tipo de maltrato infantil que con más frecuencia se presenta en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula.
- Describir la edad pediátrica más frecuente de presentación de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula.
- Describir el sexo en el que predominan los diferentes tipos de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula.
- Describir el número de días de estancia intrahospitalaria de los pacientes con diagnósticos sospechosos de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula.
- Describir el estado nutricional de los pacientes con diagnósticos sospechosos de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio del área clínica, de tipo observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, con muestreo aleatorio simple.

Universo

El universo del estudio está conformado por los pacientes menores a 18 años que ingresaron al servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula

Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de maltrato infantil o con diagnósticos asociados a sospecha de maltrato infantil que ingresan al servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula durante el periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2018 al 30 de abril de 2019.

Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula con diagnóstico de maltrato infantil.
- Pacientes ingresados en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula con diagnóstico asociado a sospecha de maltrato infantil específicamente con traumatismo craneoencefálico, politraumatizados, intoxicados, con deshidratación hipernatremica e ingesta de cuerpo extraño.
- Pacientes menores a 18 años
- Pacientes de ambos sexos

Criterios de exclusión

- Registro de pacientes ingresados en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula con otros diagnósticos no descritos en apartado anterior.

Criterios de eliminación

- Registros incompletos

Variables

Variables independientes

- Maltrato infantil: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como los abusos y la desatención de sufren los menores de 18 años e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivenciaa en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (OMS, 2020). Es una variable cualitativa que se midió como si/no.
- Sospecha de maltrato infantil: se tomó en cuenta a los pacientes que ingresaron con diagnóstico asociado a algún tipo de maltrato infantil como traumatismo craneoencefálico, politraumatizado, intoxicaciones, deshidratación hipernatremica e ingesta de cuerpo extraño. Es una variable cualitativa que se midió como si/no.

Variables dependientes

- Sexo: se define como el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer. Es una variable cualitativa que se midió como masculino/femenino.
- Edad: se define como el tiempo que ha vivido una persona u otro ser contando desde su nacimiento y se dividió en grupos etarios que comprenden no una misma edad sino edades similares. Estas se clasificaron en recién nacido (0 días – 28 días), lactante (29 días – 1 año 11 meses), preescolar (2 años – 5 años 11 meses) escolar (6 años – 11 años 11 meses) y adolescentes (12 años – 17 años 11 meses). Es una variable cuantitativa.
- Tipo de maltrato infantil: el maltrato infantil se clasifica en cuatro grupos principales y se midió como negligencia u omisión de cuidados, maltrato sexual, maltrato psicológico y maltrato físico. Es una variable cualitativa.
- Diagnóstico de sospecha de maltrato infantil: se clasificó en 5 grupos; enfermedades respiratorias, gastrometabólicas, traumáticas, toxicológicas y otras. Es una variable cualitativa.

- Días de estancia intrahospitalaria: Se refiere a los días en que el paciente permaneció dentro de las instalaciones del hospital, incluyendo el servicio de urgencias pediatría y piso de pediatría. Es una variable cuantitativa.
- Días de estancia en urgencias: Se refiere a los días en que el paciente permaneció en el servicio de urgencias pediatría. Es una variable cuantitativa.
- Egreso de urgencias: Se refiere al destino del paciente posterior al egreso del servicio de urgencias, esto se midió en egreso a domicilio y egreso a piso de pediatría. Es una variable cualitativa.
- Estado nutricional: En esta variable sólo se tomó en cuenta el peso para la edad, por lo que se clasifica en tres grupos, peso normal para la edad cuando se encuentra entre el percentil 3-85, peso bajo para la edad cuando se encuentra por debajo del percentil 3 y peso elevado para la edad cuando se encuentra por arriba del percentil 85 de acuerdo a los percentiles de la CDC. Es una variable cualitativa.

Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación se hizo una recolección de datos a través de los censos diarios del servicio de pediatría, se recolectaron los datos de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias pediatría durante el periodo comprendido en el estudio para posteriormente realizar su análisis estadístico en el programa IBM SPSS Software.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados encontrados en la investigación llevada a cabo con pacientes registrados en el servicio de urgencias pediatría del Hospital General de Cholula durante el periodo comprendido del 01 de mayo de 2018 al 30 de abril de 2019. Dichos resultados fueron analizados mediante el software IBM SPSS. Se hizo un registro de 371 pacientes, de los cuales 4 pacientes ingresaron con el diagnóstico de maltrato infantil que corresponde al 1.1% (Tabla 1 y Gráfica 1) y 52 pacientes ingresaron con diagnósticos asociados a sospecha de maltrato infantil, correspondientes al 14% de la población de estudio (Tabla 2 y Gráfica 2).

	N	%
Si	4	1,1%
No	367	98,9%

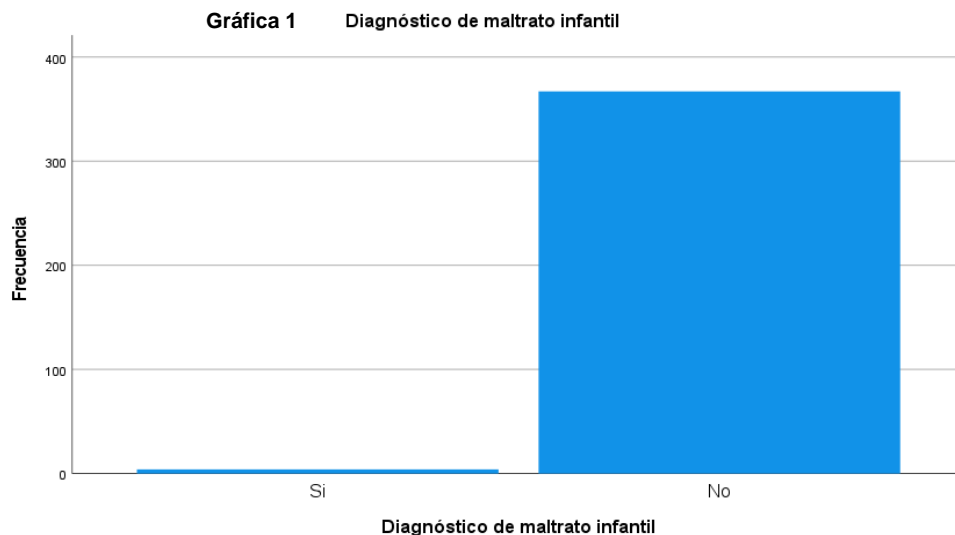
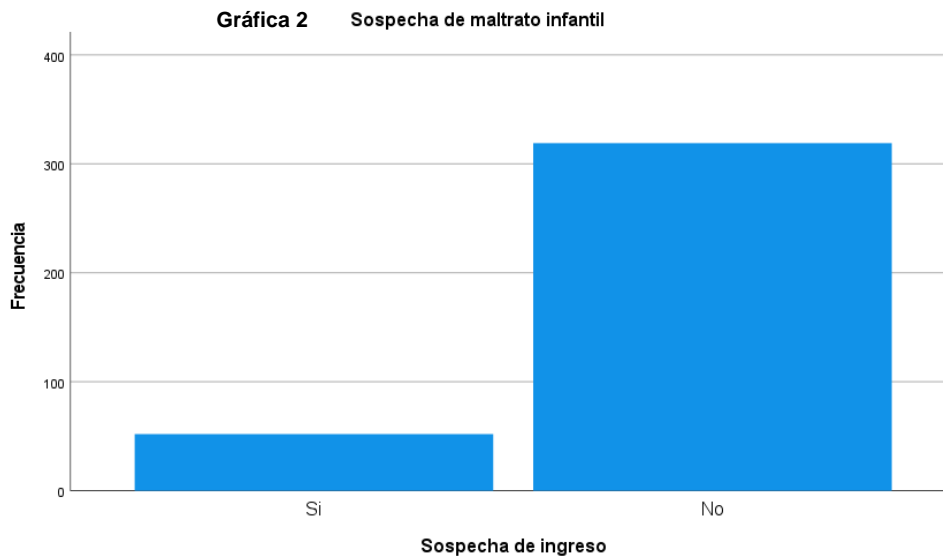
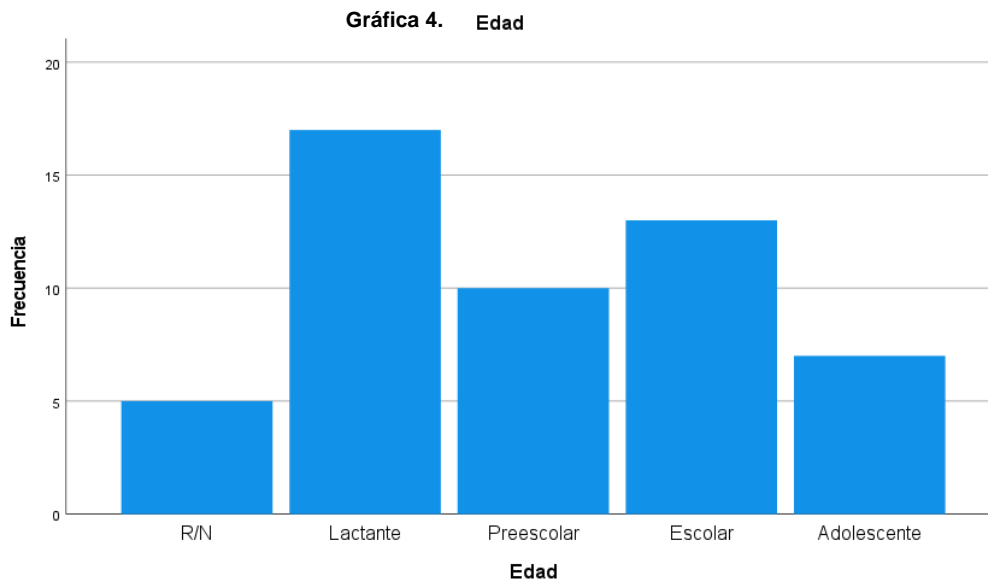
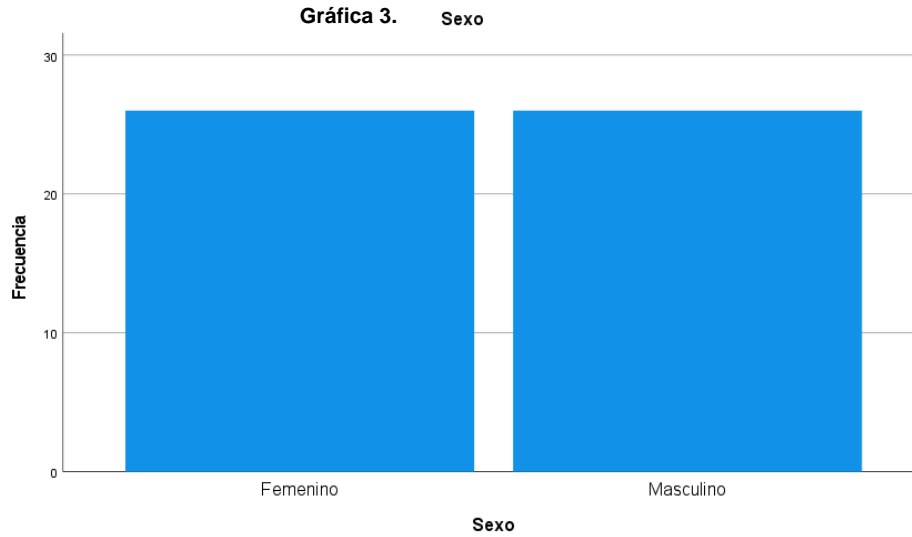


Tabla 2. Sospecha de maltrato infantil		
	N	%
Si	52	14,0%
No	319	86,0%

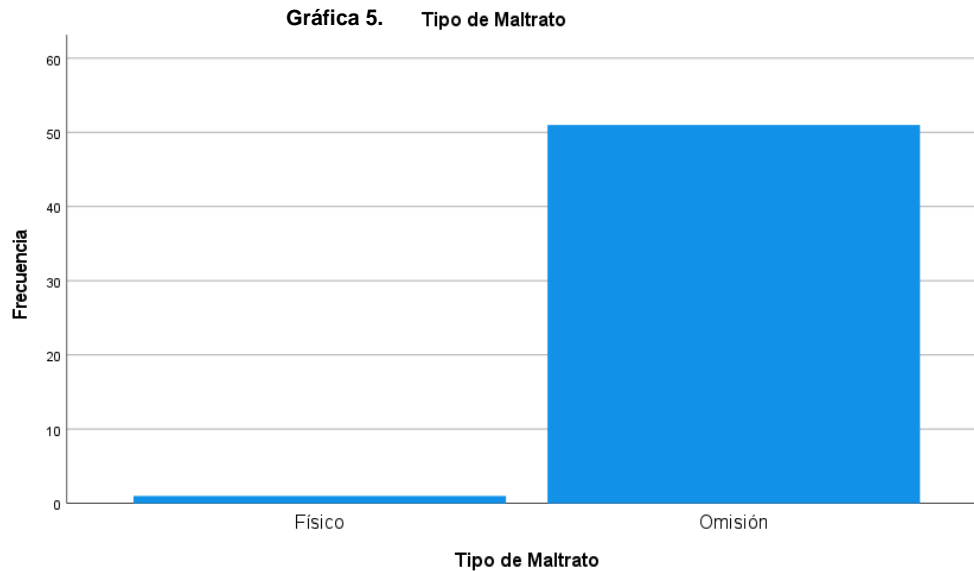


Tomando en cuenta a nuestra población de estudio (52 pacientes) se observó una distribución equitativa en la que el 50% (26 pacientes) pertenecieron al sexo masculino y el otro 50% (26 pacientes) fueron del sexo femenino (Gráfica 3). En cuanto a la distribución por grupos etarios 9.6% (5 pacientes) pertenecieron al grupo de recién nacidos, 32.7% (17 pacientes) se encontraron en el grupo de lactantes, 19.2% (10 pacientes) fueron preescolares, 25% (13 pacientes) estuvieron en edad escolar y 13.5% (7 pacientes) se encontraron dentro del grupo de adolescentes (Gráfica 4).



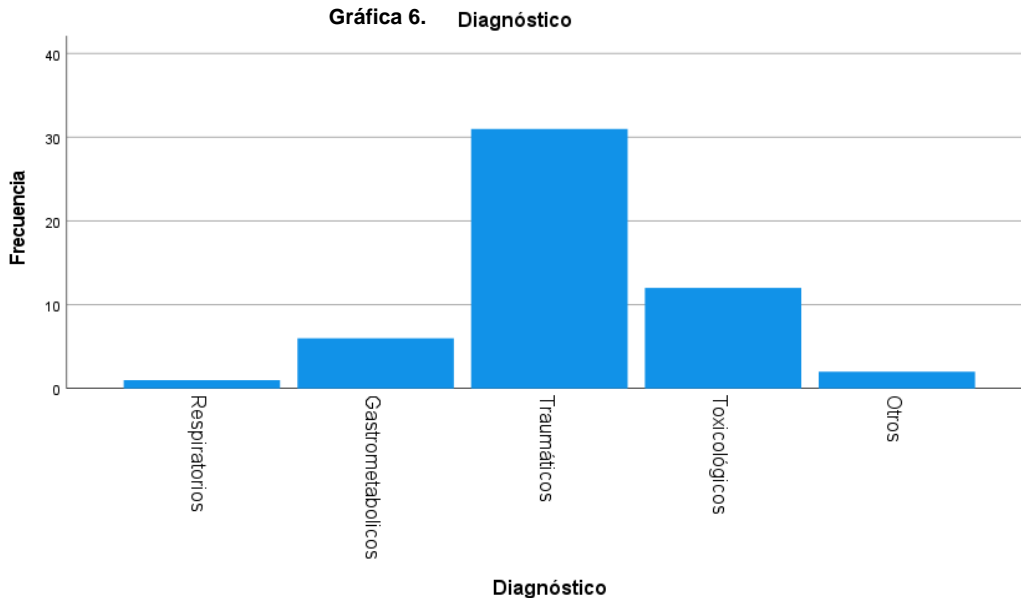
Se determinó el tipo de sospecha de maltrato para estos pacientes de acuerdo con los cuatro tipos mencionados en la clasificación de la OMS, encontrando maltrato físico en 1.9% (1 paciente), negligencia u omisión de cuidados en el 98.1% (51 pacientes) y no se encontró registro alguno de pacientes con sospecha de maltrato psicológico o abuso sexual (Tabla 3 y Gráfica 5).

	N	%
Físico	1	1,9%
Omisión	51	98,1%



Los diagnósticos asociados a sospecha de maltrato infantil se agruparon en 5 grupos; patologías respiratorias de las cuales se reportó el 1.9% (1 paciente), patologías gastrometabólicas con el 11.5% (6 pacientes), patologías traumáticas con el 59.6% (31 pacientes), toxicológicos con el 23.1% (12 pacientes) y otras patologías que correspondieron al 3.8% (2 pacientes) (Tabla 4 y Gráfica 6).

	N	%
Respiratorios	1	1,9%
Gastrometabólicos	6	11,5%
Traumáticos	31	59,6%
Toxicológicos	12	23,1%
Otros	2	3,8%



Se realizó un análisis de los días de estancia intrahospitalaria, donde el 32.7% (17 pacientes) permanecieron 1 día, 23.1% (12 pacientes) permanecieron 2 días, 13.5% (7 pacientes) permanecieron 3 días, 7.7% (4 pacientes) permanecieron 4 días, 3.8% (2 pacientes) permanecieron 5, 6 y 11 días para cada uno y 1.9% (1 paciente) permanecieron 7, 9, 10, 13, 15 y 32 días respectivamente. De estos días de estancia intrahospitalaria se obtuvieron los días que los pacientes se encontraron en el servicio de urgencias estando el 50% (26 paciente) 1 día, 21.2% (11 pacientes) 2 días, 11.5% (6 pacientes) 3 días, 3.8% (2 pacientes) 4 días, 5.8% (3 pacientes) 7 días y 1.9% (1 paciente) reportaron estancias de 5, 6, 15 y 25 días respectivamente. Al egreso del servicio de urgencias el 63.5% (33 pacientes) egresaron a su domicilio y el 36.5% (19 pacientes) egresaron a piso de pediatría (Gráfica 7). Se realizó una T de student para comparar los días de estancia intrahospitalaria entre los pacientes que contaban con diagnóstico sospechoso de maltrato infantil contra los pacientes que no contaron con el diagnóstico de sospecha de maltrato, encontrándose en el grupo de sospecha de maltrato una media de 4 días en el servicio de urgencias y una media de 2.8 días de estancia intrahospitalaria; en el grupo de pacientes sin sospecha de maltrato se encontró una media de 4.4 días en el servicio de urgencias y una media de 5.4 días de estancia intrahospitalaria (Tabla 5 y 6).

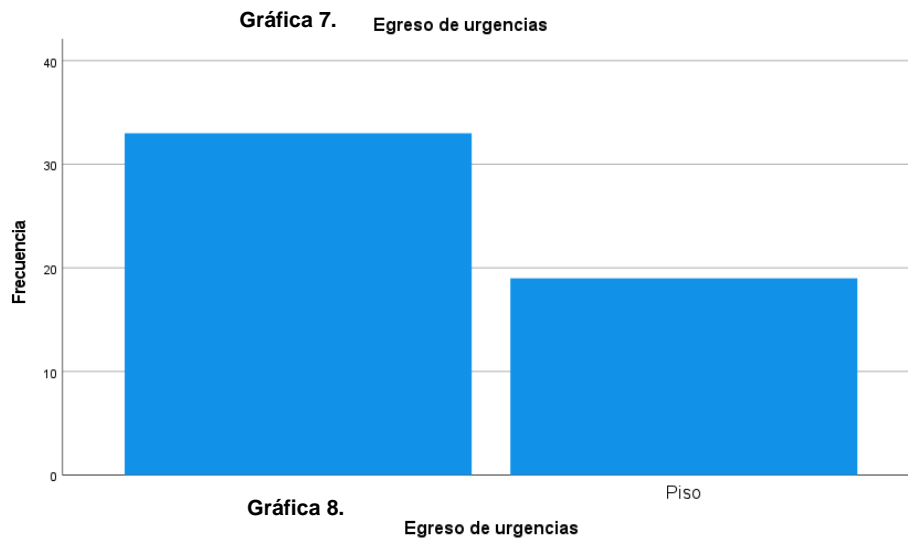


Tabla 5. Estancia hospitalaria en pacientes con sospecha de maltrato infantil

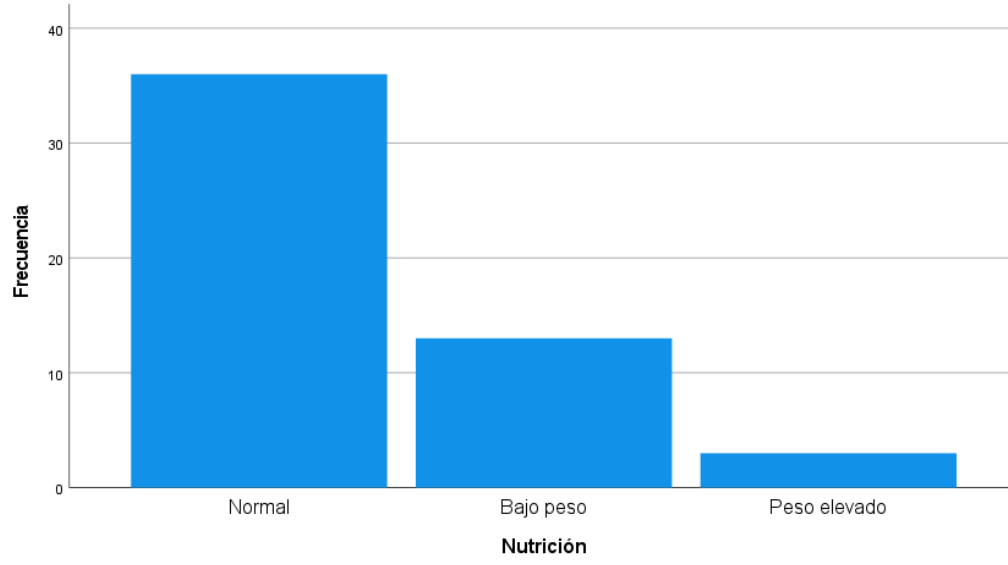
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Días estancia HOSP	52	4,00	5,187	,719
Días estancia URG	52	2,81	3,971	,551

Tabla 6. Estancia hospitalaria en pacientes sin sospecha de maltrato infantil

	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Días estancia HOSP	319	5,49	7,361	,412
Días estancia URG	319	4,45	6,787	,380

La última variable que se estudió fue el peso para la edad, agrupándose en tres categorías; peso normal encontrándose en el 69.2% (36 pacientes), peso bajo para la edad con 25% (13 pacientes) y peso elevado para la edad 5.8% (3 pacientes) (Gráfica 8).

Gráfica 8. Nutrición



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de la sospecha de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediatria del Hospital General de Cholula ya que es un problema a nivel mundial con consecuencias que pueden durar toda la vida, el abordaje resulta complejo y su estudio difícil debido a que las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y método de investigación (OMS, 2020).

La población de estudio constó de 371 pacientes ingresados en el servicio de urgencias de los cuales el 1.1% (4 pacientes) ingresaron con el diagnóstico confirmado de maltrato infantil, el 14% (52 pacientes) ingresaron con diagnósticos o patologías asociadas a algún tipo de maltrato, esto es similar a los reportes mundiales ya que según las estadísticas alrededor del 10% de la población infantil sufren de algún tipo de maltrato.

De nuestra muestra de 52 pacientes con sospecha de maltrato infantil el 50% fueron hombres y 50% mujeres, lo cual se correlaciona directamente con la bibliografía mundial donde nos reportan que no hay diferencia en cuanto al sexo cuando hablamos de maltrato infantil en general; se marca una tendencia hacia el sexo femenino cuando se estudia el abuso sexual, sin embargo, en nuestra muestra no contamos con ningún caso de este tipo de maltrato.

La distribución de la muestra de acuerdo a su grupo de edad se comportó siendo mayor en el grupo de lactantes con 32.7% (17 pacientes), le sigue el grupo de escolares con un 25% (13 pacientes), después se encuentran los preescolares con un 19.2% (10 pacientes), le sigue en frecuencia los adolescentes con 13.5% (7 pacientes) y finalmente el grupo con menos índice de sospecha de maltrato infantil fueron los recién nacido con el 9.6% (5 pacientes). Según estadísticas de la UNICEF los preescolares y adolescentes son los grupos de edad que poseen el mayor índice de violencia física, pero no se cuentan con estadísticas en cuanto al maltrato infantil en general y en nuestro estudio solo 1 paciente ingresó con diagnóstico de este tipo

de maltrato por lo que no es posible correlacionar esta estadística con nuestra población.

La OMS clasifica al maltrato infantil en cuatro grupos; omisión de cuidados o negligencia, maltrato psicológico, maltrato físico y abuso sexual. En nuestra población de estudio no se registró ningún caso de abuso sexual ni maltrato psicológico, se registró 1 caso de maltrato físico siendo el 1.9% y 51 casos de negligencia u omisión de cuidados que corresponde al 98.1%. No se cuenta con registros que nos hable de las estadísticas de estos cuatro tipos de maltrato en una misma población por lo que no es posible hacer una correlación. Sin embargo, en nuestra recolección de datos no se cuenta con algún instrumento de medición para detectar el posible maltrato psicológico o abuso sexual.

En este estudio se agruparon en 5 categorías los diagnósticos por los cuales sospechamos de maltrato infantil; patologías traumáticas en donde se incluyen traumatismo craneoencefálico, politraumatizados y fracturas, reportándose un 59.6% (31 pacientes); el siguiente grupo son las patologías toxicológicas en donde se encontraron ingesta/intoxicación por rodenticidas, organofosforados y cáusticos que correspondieron al 23.1% (12 pacientes); las patologías gastrometabólicas que incluyeron deshidratación con hipernatremia y desnutrición severa se registraron en 11.5% (6 pacientes); patologías respiratorias donde sólo se encontró registro de asfixia por cuerpo extraño en vía aérea correspondieron al 1.9% (1 paciente) de ingresos y otros diagnósticos con el 3.8% (2 pacientes).

Los días de estancia se clasificaron en 2 variables: La primera fueron los días de estancia en el servicio de urgencias que se registraron desde 1 hasta 25 días con una media de 2.8 días; de este grupo el 63.5% fue egresado a domicilio y el 19% egresó a piso de pediatría. La segunda variable fueron los días totales de estancia intrahospitalaria que abarcó desde 1 hasta 32 días con una media de 4 días. Posteriormente se analizaron mediante una T de Student los días de estancia en el servicio de urgencias y días totales de estancia intrahospitalaria entre el grupo con sospecha de maltrato infantil contra los pacientes sin sospecha de maltrato infantil. En este segundo grupo la media de estancia en el servicio de urgencias fue

de 4.4 días y la media del total de estancia hospitalaria fue de 5.4 días, incluso mayor que en el grupo de pacientes con sospecha de maltrato infantil por lo que se pudo evidenciar que la sospecha de maltrato infantil no incrementó los días de estancia.

Finalmente se realizó una estimación del estado nutricional mediante la medición del peso para la edad. Es importante señalar que no podemos hablar de desnutrición u obesidad ya que la variable del peso para la edad solo es una parte del análisis de esta condición, por lo que se clasificó en peso normal para la edad que se observó en el 69.2% (36 pacientes), peso bajo para la edad en el 25% (13 pacientes) y peso elevado para la edad en el 5.8% (3 pacientes). Debido a la falta de datos registrados en la base de datos del hospital, no es posible llevar a cabo en este estudio un adecuado abordaje y diagnóstico nutricional.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

El maltrato infantil se define como cualquier daño intencional infligido a menores de 18 años y toma gran relevancia debido a que se estima que el 10% de la población pediátrica pueden sufrir de esta entidad siendo estas cifras probablemente subestimadas ya que en la literatura mundial existe un subregistro de datos por la dificultad que muestra el abordaje.

En esta investigación se describió la incidencia de pacientes con sospecha de maltrato infantil que se ingresaron en el servicio de urgencias pediatría en el Hospital General de Cholula del 1 de mayo 2018 al 30 de abril de 2019, encontrándose que el 1.1% de los pacientes ingresaban con el diagnóstico de maltrato infantil y el 14% ingresaron con un diagnóstico sospechoso de maltrato infantil; de esta población no se encontró predominancia en sexo ya que el 50% fueron hombres y 50% mujeres, el grupo etario con mayor sospecha fueron los lactantes con una incidencia del 32.7%, el tipo de sospecha de maltrato más frecuente registrado fue negligencia u omisión de cuidados con el 98.1% de los casos siendo los traumatismos el diagnóstico con más registros con el 59.6% de los casos. Se observó que los pacientes con sospecha de maltrato infantil permanecían un promedio de 2.8 días en el servicio de urgencias y 4 días de estancia intrahospitalaria. Finalmente se observó que el 69.2% contaban con un adecuado peso para la edad.

Toma importancia esta investigación ya que dentro de la unidad hospitalaria de estudio no se cuenta con estadísticas que muestren la incidencia de esta patología, además que tampoco existe dentro del hospital algún algoritmo para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con sospecha de maltrato infantil, por lo que este trabajo muestra la alta incidencia de esta entidad y así poder planear estrategias para mejorar el abordaje de dicha patología y lograr prevenir complicaciones en los pacientes a corto, mediano y largo plazo.

Como limitaciones en este estudio se considera que en los censos donde se registran a los pacientes no se cuenta con datos como el estado nutricional, talla, notificación a autoridades pertinentes como el Ministerio Público y el seguimiento que se otorga a estos pacientes por parte de las autoridades. Otra limitación importante es que no se cuenta con un instrumento que nos ayude a identificar factores de riesgo para maltrato psicológico, ya que de esta manera podría darse un adecuado abordaje en quienes los presenten y nos ayudaría para confirmar algunos diagnósticos de maltrato infantil en la población con sospecha del mismo.

Se sugiere para futuras investigaciones contar con una base de registro de datos que incluya las variables previamente descritas como deficientes, además de implementar instrumentos que apoyen en el diagnóstico de estos pacientes.

REFERENCIAS

Arturo Loredano-Abdalá, Héctor Villanueva-Clift, Angélica María Aguilar-Ceniceros y Abigail Casas-Munoz. (2016). Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.03.004>.

Nica Felicia. (2016, 20 de Diciembre). What is Barnahus and how it Works. https://childhub.org/en/system/tdf/what_is_barnahus_and_how_it_works.pdf?file=1&type=node&id=27787.

Díaz Ulises. (2019, 17 de Octubre). Celebran Coloquio para prevenir y atender la violencia contra niñas, niños y adolescentes. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/celebran-coloquio-para-prevenir-y-atender-la-violencia-contra-ni%C3%B1as-ni%C3%B1os-y>

Horno Goicochea Pepa. (2001, noviembre). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales. Save de Childrens. Primera edición. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf

Harriet Hall. (2018, enero). Trauma-Free Justice, Care and Protection for Scotland's Children: Learning from the Barnahus approach. Children 1st. <https://www.children1st.org.uk/media/6701/trauma-free-justice-care-and-protection-for-scotlands-children.pdf>

Loredano-Abdalá Arturo. (2009, junio). La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n3/v66n3a10.pdf>

OMS. (2020, 8 de Junio). Maltrato Infantil. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Santana-Tavira Rosalinda. (1997, noviembre). El maltrato infantil: un problema mundial. salud pública de México, vol.40, no.1. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n1/58-65/es>

Clínica mayo. (2019, 15 de Junio). Maltrato Infantil. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/child-abuse/symptoms-causes/syc-20370864>

Pekarsky Alicia R. (2018, Enero). Generalidades sobre maltrato infantil. <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/pediatr%C3%ADa/maltrato-infantil/generalidades-sobre-el-maltrato-infantil#>

Loredo Abdala Arturo. (2013, Diciembre). Maltrato infantil, conceptos básicos de una patología medico social legal. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, Vol 56 No 6.

De Bosque-Garza Jesus. (2003, Agosto). Historia de la agresión en niños. Gaceta Médica de México, Vol. 139, No 4.

Ferreira A. L., Beltran M., Montoya C., Nuñez O., Bossio J. C., (2020). Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. https://www.aepap.org/sites/default/files/maltrato_y_abuso_sexual_aiepi.pdf

UNICEF, (2020). Violencia infantil: una realidad demasiadas veces silenciada. <https://www.unicef.es/blog/violencia-infantil-una-realidad-demasiadas-veces-silenciada>

Francia-Reyes M. E., (2003, enero-febrero). Maltrato infantil, un problema de todos. Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. 19, No 1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100009

Child Abuse and Neglect. (2020). Retrieved 23 August 2020, from <https://www.healthychildren.org/english/safety-prevention/at-home/pages/what-to-know-about-child-abuse.aspx>

Gantiva-Diaz C. A., Bello-Arevalo J., Vanegas-Angarita E., Satoque-Ruiz Y., (2009, Junio) Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Acta Colombiana de Psicología, Vol 2, No 2. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000200012

UNICEF, (2006). La violencia contra niños, niñas y adolescentes. https://www.unicef.org/Estudio_violencia_contra.pdf

Alvarez-Gutierrez M. G., (2019). Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. 1ª Edición. <https://www.unicef.org/mexico/sites/unicef.org.mexico/files/2019-07/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>

UNICEF. (2020). Violencia contra los niños: nuevo informe 'Ocultos a plena luz'. <https://www.unicef.es/noticia/violencia-contra-los-ninos-nuevo-informe-ocultos-plena-luz>

OMS. (2020, 8 de Junio). Violencia contra los niños. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children#:~:text=Datos%20y%20cifras&text=Se%20calcula%20que%20hasta%201000,largo%20de%20toda%20la%20vida>.