

11237



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

MEXICO - LA CIUDAD DE LA ESPERANZA



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE
RECURSOS HUMANOS**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN PEDIATRIA**

**• FRECUENCIA DEL HEMATOMA SUBDURAL
QUIRURGICO EN NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL
EN EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA, DE ENERO
DEL 2000 A AGOSTO 2003 "**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR

**DRA. MARIA DE JESUS BOLAÑOS RODRIGUEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA**

DIRECTORES DE TESIS

**DR. LUIS FELIPE GORDILLO DOMINGUEZ
DRA. CAROLINA SALINAS OVIEDO**

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

**“FRECUENCIA DEL HEMATOMA SUBDURAL QUIRURGICO EN NIÑOS CON
MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA DE ENERO DEL
2000 A AGOSTO 2003”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR:
DRA. MARIA DE JESUS BOLAÑOS RODRIGUEZ

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRA**

DIRECTORES DE TESIS
DR. LUIS FELIPE GORDILLO DOMINGUEZ
DRA. CAROLINA SALINAS OVIEDO

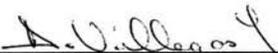
**FRECUENCIA DEL HEMATOMA SUBDURAL QUIRURGICO EN NIÑOS CON
MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA
DE ENERO DEL 2000 A AGOSTO 2003**

DRA. MA. DE JESUS BOLAÑOS RODRIGUEZ

Vo. Bo.

DR. MOISES VILLEGAS IVEY




**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA**

DR. ROBERTO SANCHEZ RAMIREZ


DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION



**FRECUENCIA DEL HEMATOMA SUBDURAL QUIRURGICO EN NIÑOS CON
MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA
DE ENERO DEL 2000 A AGOSTO 2003**

DRA. MA. DE JESUS BOLAÑOS RODRIGUEZ

Vo. Bo.

DR. LUIS FELIPE GORDILLO DOMINGUEZ



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Felipe Gordillo Dominguez', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

DIRECTOR DE TESIS

DRA. CAROLINA SALINAS OVIEDO



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina Salinas Oviedo', is written over a horizontal line. The signature is cursive and elegant.

DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Este trabajo esta dedicado a quienes han trabajado tanto tiempo y tan duro para permitir mi desarrollo como persona, medico y académico: mis padres que me dieron entusiasmo y confianza para intentarlo, mis maestros quienes con su paciencia, ejemplo y apoyo me mostraron otro camino y ayudaron en mi formación para concluir este periodo dentro de mi vida profesional.

A mis padres a quien agradezco su trabajo duro, estímulo, apoyo, amor, vulnerabilidad, sabiduría y fortaleza iniciándome en este camino y que con paciencia y comprensión hicieron posible la terminación de esta tarea.

A mis profesores agradezco su ejemplo, apoyo, paciencia y ayuda para la preparación de este trabajo.

INDICE

	PAG
RESUMEN	
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y METODO.....	10
III. RESULTADOS.....	11
IV. DISCUSION.....	13
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
ANEXOS	

RESUMEN

Los traumatismos craneoencefálicos constituyen un problema para la salud con elevadas tasas de mortalidad; frecuentemente se asocia a lesiones intracraneanas como hematoma subdural y hematoma epidural, además de lesiones dérmicas y óseas entre otras. Las principales causas de patología intracraneal en niños menores de 36 meses son los accidentes de vehículos automotores, accidentes de bicicleta y maltrato infantil. La incidencia varía entre <1% y 3.5% incrementándose con la edad; para el hematoma subdural en la población pediátrica varía entre el 3.5 y 10.8%. El hematoma subdural progresa rápidamente y presenta un alto índice de mortalidad, provocando la muerte o daño cerebral permanente incluso con tratamiento oportuno. Un dato importante en el traumatismo craneoencefálico (TCE) en niños es la presencia de Síndrome del niño maltratado sospechándose en un lactante con alteración del nivel de conciencia, evidencia imagenológica de hemorragia subaracnoidea o hematoma subdural y fracturas complejas o múltiples. Las lesiones del sistema nervioso son la causa frecuente de muerte en niños maltratados, y pueden ser de dos tipos: trauma directo, y lesión indirecta. Se considera al maltrato infantil como: "Toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace o interfiera su desarrollo físico, psíquico y/o social cuyos autores pueden ser personas, instituciones o grupo social que ejercen poder sobre el menor"(Kempe). El promedio de niños afectados por abuso, es de 25.2 por cada 1.000 niños: 5.7 por cada 1.000 corresponden al abuso físico. Los resultados obtenidos de la revisión de 450 expedientes en el Hospital Pediátrico Legaria de enero de 2000 a agosto de 2003, reportan la asociación del diagnóstico de maltrato infantil con hematoma subdural quirúrgico del 3%, con una mayor frecuencia del manejo no quirúrgico de esta patología en el 4.2% de los casos. Se concluye que la frecuencia del hematoma subdural quirúrgico relacionada al diagnóstico de maltrato infantil es en realidad una de las manifestaciones menos frecuentes de esta patología social, lo cual es similar a lo mencionado en la literatura.

Palabras claves: maltrato infantil, hematoma subdural quirúrgico.

I. INTRODUCCION.

Los traumatismos craneoencefálicos constituyen en el mundo un problema para la salud, teniendo un alto por ciento de muertes debido a sus consecuencias.¹

Las características del trauma craneoencefálico (TCE) en niños son diferentes de las presentadas en los adultos, en los niños la mortalidad por este tipo de eventos es baja, principalmente en pacientes que no presentan coma inicialmente y en quienes se hace un diagnóstico y manejo tempranos de las alteraciones secundarias asociadas.²

Las lesiones que se asocian con más frecuencia al trauma craneoencefálico se pueden clasificar en:

- Lesiones del cuero cabelludo
- Lesiones de los huesos del cráneo
- Lesiones intracraneanas: Hematoma epidural agudo, Hematoma subdural agudo, subagudo y crónico.

El hematoma subdural agudo es un trastorno cerebral que consiste en la acumulación de sangre, entre las membranas interiores y exteriores que recubren el cerebro y en el cual los síntomas aparecen, generalmente, poco tiempo después de haber sufrido una lesión en la cabeza.³ Se produce por ruptura de una vena anastomótica entre los vasos corticales y los senos duros.

Se presenta generalmente en TCE severos, por lo que tiene una mortalidad alta; por otra parte, subdural significa "debajo de la duramadre", membrana exterior que cubre el cerebro.

El hematoma subdural crónico afecta a 1 de cada 10.000 personas, siendo más común en lactantes y ancianos, pero puede atacar a cualquier edad. ⁴ Las principales causas de patología intracraneal en infantes y niños menores de 36 meses incluyen accidentes de vehículos automotores, accidentes de bicicleta y maltrato infantil.

La incidencia de las lesiones masivas de cráneo varía entre <1% y 3.5% incrementándose con la edad; para el hematoma subdural en la población pediátrica varía entre el 3.5 y 10.8%. ^{5,6,7,8}

Algunos cambios dados por el normal crecimiento y desarrollo cerebral pueden aumentar su susceptibilidad a las lesiones traumáticas (aumento en la rigidez del cráneo, disminución progresiva del contenido de agua cerebral, mielinización progresiva del SNC, regionalización del flujo sanguíneo cerebral, incremento del metabolismo cerebral) Estos cambios pueden ser protectores pero pueden alterar la reactividad cerebral a las lesiones o a su tratamiento. ²

La escala de Glasgow es aceptada para determinar la severidad de la lesión en cráneo.

En general la sintomatología para hematoma epidural, hematoma subdural y hemorragia parenquimatosa, se presenta de manera similar en niños de edad igual.

Sin embargo la presentación clínica más característica en un infante con hematoma subdural, son las crisis convulsivas y la hemorragia retiniana.^{9,10,11}

Los síntomas característicos de los bebés menores de 6 meses son:

- Abombamiento de las fontanelas
- Aumento de la circunferencia de la cabeza
- Suturas separadas
- Irritabilidad
- Llanto agudo
- Sensación de luminosidad
- Desviación de la mirada hacia abajo, esclerótica blanca visible encima del iris; es más fácil ver con los cambios de posición de la posición sentada a la posición supina
- Convulsiones focales
- Convulsiones tónico-clónicas generalizadas

En niños más grandes la presentación clínica es similar a la de los adultos, con déficit neurológico y estado mental alterado.^{2,3,12,13,14,15,16}

El hematoma subdural se desarrolla, a menudo, como una complicación después de una lesión en la cabeza y sus síntomas pueden aparecer incluso después de que los síntomas hayan mejorado (disminución del estado de conciencia).

El hematoma subdural agudo progresa rápidamente con la aparición de los síntomas dentro de las primeras 24 horas de haberse presentado la lesión, presentando un deterioro rápido, el hematoma subdural subagudo generalmente presenta síntomas dentro de los 2 a 10 días después de ocurrida la lesión, debido a que hay una filtración de sangre más lenta dentro del área subdural.

Lo característico de esta condición es que los síntomas de la lesión original mejoran durante un tiempo y luego se desarrollan los síntomas del hematoma subdural. El hematoma subagudo, agudo es menos común pero a menudo, más mortal que el hematoma subdural crónico.³ El hematoma subdural crónico se desarrolla cuando las venas que están localizadas entre las membranas que recubren el cerebro tienen una fuga lenta de sangre después de una lesión en la cabeza.⁴

Dentro de los exámenes necesarios para el estudio de este padecimiento se encuentra la tomografía computada (TC) de la cabeza la cual confirma el diagnóstico del hematoma subdural y determina la localización exacta del hematoma. Esta enfermedad altera también los resultados de la imagen de resonancia magnética (IRM).³

El hematoma subdural agudo progresa rápidamente y tiene un alto índice de mortalidad, incluso con un tratamiento oportuno, debido al rápido e incontrolable aumento de la presión intracraneana.

El hematoma subdural subagudo puede provocar la muerte o daño permanente del cerebro si no se trata o en algunos casos incluso con tratamiento. Esto es

especialmente cierto en el marco del trauma porque el mecanismo de lesión que causa el hematoma subdural es tan severo que generalmente hay una lesión cerebral subyacente.

Los síntomas, tales como convulsiones, pueden persistir a veces por varios meses después del tratamiento y su inicio puede darse hasta 2 años después de presentarse la lesión.

Con frecuencia, los niños se recuperan totalmente y más rápido que los adultos. La recuperación incompleta es el resultado de un daño cerebral permanente.³

Un dato importante en el traumatismo craneoencefálico (TCE) en niños es la presencia de síndrome del niño maltratado: donde se debe sospechar en presencia de un lactante con alteración del nivel de conciencia, evidencia imagenológica de hemorragia subaracnoidea o hematoma subdural y fracturas complejas o múltiples. Se debe realizar un examen físico completo en busca de huellas de fracturas costales y de huesos largos, así como de hemorragias retinianas.²

El término maltrato es utilizado en la literatura médica probablemente desde la descripción de KEMPE en 1962, incluye las acciones de abuso físico, negligencia, abuso emocional y abuso sexual, para lo cual se han elaborado definiciones operativas en la que se hace mención de actos de comisión u omisión llevados a cabo por padres o cuidadores o cualquier miembro adulto del grupo familiar. Se desconoce en ellas la existencia de otro sujeto, capaz de infligir maltrato. Nos

estamos refiriendo a Instituciones, al Estado y a las situaciones de guerra en las cuales se ve comprometido el niño.

Entendemos que un término más amplio y no por cierto como interpretación semántica de esta realidad está dada por la violencia.¹⁷

Es difícil aceptar que la crueldad hacia los niños aumenta, asumiendo el maltrato infantil proporciones epidémicas en muchas comunidades. Resulta difícil reconocer que los responsables de dichos daños son muchas veces sus propios padres, quienes siguiendo una historia personal de violencia (que han pasado de generación en generación como está demostrado estadísticamente), reproducen la agresión en sus hijos.

Si bien en el síndrome de maltrato infantil (SMI) se puede encontrar alguna de las siguientes categorías, aun cuando, éstas son artificiales y más de una vez coexisten unas con otras. Por lo tanto hacemos alusión en esta clasificación al predominio de una forma de maltrato sobre otra.¹⁷

El conocimiento e interés científico por los malos tratos, comienza en el año 1961 cuando el radiólogo norteamericano Henri Kempe describe ciertas lesiones óseas cuya causa atribuye a malos tratos, estableciendo el concepto de "Síndrome del niño golpeado".

Los malos tratos al menor constituyen, en el momento actual, un reto para la Medicina, ya que se trata de un complejo proceso en el que intervienen, por una

parte, factores sociales, políticos, económicos y jurídicos, cuyo análisis y posibles soluciones sobrepasan el ámbito de la medicina y por otra, aspectos estrictamente médicos ya que corresponde al facultativo decidir si determinadas lesiones físicas son debidas a malos tratos o a otros procesos que nada tiene que ver con aquellos para lo que ha de hacer un diagnóstico diferencial; deberá cuantificar el grado de las lesiones y establecer un pronóstico, todo lo cual entraña una enorme responsabilidad para el profesional de la salud.

Después de la descripción de H. Kempe se ha ampliado el concepto de maltrato, pues se considera que no solo se maltrata a un menor cuando se le golpea físicamente sino también cuando se le somete a situaciones que atentan contra sus derechos humanos y constitucionales. Por tanto, se considera maltrato a:

“Toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace o interfiera su desarrollo físico, psíquico y/o social cuyos autores pueden ser personas, instituciones o grupo social que ejercen poder sobre el menor”⁷

Realmente el abuso físico es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia parece ser un poco mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza, las situaciones de gran estrés. Una de las más grandes implicaciones se relaciona con las sacudidas a las que el bebé es sometido durante el ataque, lo que causa hemorragias intracerebrales (hematoma subdural), de donde se deriva el nombre de 'síndrome del bebé sacudido'.⁷

El promedio total de niños afectados por abuso, se estima en 25.2 por cada 1.000 niños: 5.7 por cada 1.000 corresponden a abuso físico, Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, paternidad o maternidad en personas que como tal no han consolidado un hogar o que son solteras, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones, aunque siempre hay tener en cuenta que el maltrato infantil, se puede dar en todas las clases sociales.⁷

Para comprender el polimorfismo de las lesiones por malos tratos, hemos de tener en cuenta que cualquier zona del cuerpo puede resultar afectada, siendo las lesiones más frecuentes las cutáneo-mucosas, seguidas de las óseas y menos frecuentes las lesiones de órganos internos o sistémicas.

Las lesiones del sistema nervioso constituyen una causa frecuente de muerte en niños maltratados¹⁸ Pueden ser de dos tipos: trauma directo al ser golpeada la cabeza contra un objeto duro, pudiendo producirse fractura simple o con hematoma, y lesión indirecta por sacudida de la cabeza(síndrome del niño sacudido).

Dado que los lactantes pequeños tienen una musculatura cervical débil, incapaz de impedir el brusco desplazamiento de la cabeza, el cerebro es golpeado contra el cráneo pudiendo lesionarse el delicado tejido cerebral y ocasionar ruptura de vasos, con la consiguiente hemorragia. Los vasos retinianos pueden ser lesionados. Clínicamente la clave para el diagnóstico es el abombamiento de la fontanela y la hemorragia retiniana.¹⁹

La tomografía confirmará la sospecha con presencia de hematomas subdurales en la región parietal y occipital entre las 6-48 hrs. después de la lesión, o bien, luego de una a 4 semanas la presencia de hematoma subdural crónico.²⁰

La radiografía puede ser normal en la fase aguda, apareciendo las lesiones a partir del décimo día. Muchas veces, las lesiones resultantes de malos tratos físicos son tan evidentes que el diagnóstico no ofrece duda. Aún así, pueden pasar desapercibidas si el médico no posee la información suficiente sobre los aspectos clínicos de tales lesiones.¹⁹

II. MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio de investigación clínica retrospectivo, descriptivo, transversal utilizando expedientes clínicos de pacientes que ingresaron al Hospital Pediátrico Legaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, con diagnóstico de hematoma subdural que requirieron manejo quirúrgico y se relacionaron con diagnóstico de maltrato infantil en el periodo comprendido de enero de 2000 al mes de agosto del 2003

Tomando en cuenta como criterios de inclusión únicamente los diagnósticos mencionados, excluyéndose los expedientes de pacientes intervenidos por cualquier otra patología que ocasionó hematoma subdural, se eliminaron los expediente incompletos.

Se realiza un censo de todos los expedientes clínicos con las características requeridas, teniendo como variables la presencia de maltrato infantil, hematoma subdural, el manejo quirúrgico del mismo, edad, sexo.

Se solicitaron los expedientes clínicos del archivo clínico y de anestesiología para realizar la recolección de datos por medio de una cédula, para finalmente obtener la de frecuencia de la relación de hematoma subdural quirúrgico con maltrato infantil por sexo y edad.

Conforme a la Ley General de Salud, se trató de un estudio sin riesgo.

III. RESULTADOS.

De un total de 5122 ingresos en el Hospital Pediátrico Legaria, 450 (9%) de los expedientes revisados fueron de pacientes quirúrgicos (Figura 1) y 38 (0.7%) presentaron diagnóstico de maltrato infantil (Figura 2); de estos, se asociaron con hematoma subdural el 84% (Figura 3).

Con relación a los pacientes con maltrato infantil y hematoma subdural, el 41% requirieron tratamiento quirúrgico, y el resto no quirúrgico ya que fueron manejados únicamente con vigilancia, medidas generales y analgesia (Figura 4).

El 6 (1.5%) se presentan con otras lesiones no incluidas en el objetivo del estudio tales como lesiones óseas: fractura de fémur, tibia y cráneo.

En la distribución con respecto al sexo, fue más frecuente el maltrato en niños con un 53%, con relación a las niñas con un 47% de los casos estudiados (Figura 5), y por grupo de edad de los pacientes con maltrato infantil, se encontró que el 27% fue al año de edad, continuando con el 17% a los tres años, 13% a los nueve meses, 10% a los cinco años, 6% a los once y catorce años y el resto con 3% (Figura 6)

En los pacientes con maltrato infantil y hematoma subdural, la frecuencia por grupo de edad fue mayor en lactantes de un año de edad con un 30% de total de los casos seguido por los preescolares de 3 años con un 23% del total de los casos y una frecuencia del 7.5% en pacientes de 7 meses, 9 meses, 5 años, 11 años, y 14 años. (Figura 7)

La frecuencia por sexo en estos mismos pacientes fue mayor en niños con un 62% y un 38% en niñas del total de los casos estudiados. (Figura 8)

Del total de expedientes quirúrgicos revisados, el 76%, fueron intervenciones quirúrgicas por otras causas entre las que se encuentran oftalmológicas, ortopédicas, e hidrocefalia; y el 20% presentó hematoma epidural de los cuales el 65% fueron quirúrgicos.

IV. DISCUSIÓN.

En este estudio se determinó del total de ingresos la frecuencia de los pacientes quirúrgicos y de estos la frecuencia del hematoma subdural quirúrgico como una manifestación del maltrato infantil en los pacientes internados en uno de los hospitales de la Ciudad de México de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Se pudo observar que los resultados obtenidos fueron solo el 8% de pacientes quirúrgicos y el 0.7% de pacientes con maltrato infantil, de los cuales el 84% de estos presentó el hematoma subdural quirúrgico como manifestación de maltrato infantil siendo mayor comparado con lo reportado en la literatura que es de un 3.5 a 10.8%, aun cuando la constante en el grupo de edad y sexo es similar a lo reportado por Hahn y Chyung en su estudio realizado en 1998 en donde menciona mayor frecuencia de lesiones intracraneales en lactantes menores de 36 meses y en preescolares del sexo masculino.

En este estudio se reporta una frecuencia del 2% de casos de maltrato infantil del total de pacientes quirúrgicos, de los cuales el 34% mostró la relación entre hematoma subdural y maltrato infantil y el resto correspondió a los casos no quirúrgicos que solo presentan lesiones craneales sin incremento con la edad. Mientras que la incidencia reportada por Breger et al en las lesiones masivas de cráneo se encuentra entre 1% y 3.5 % el cual se incrementa con la edad.

Cabe mencionar que la literatura reporta mayor frecuencia de lesiones mucocutaneas, y óseas como manifestaciones principales del maltrato infantil lo cual no corresponde con los resultados de este estudio en donde el 1.5% presentó fractura de fémur y cráneo de forma mas frecuente.

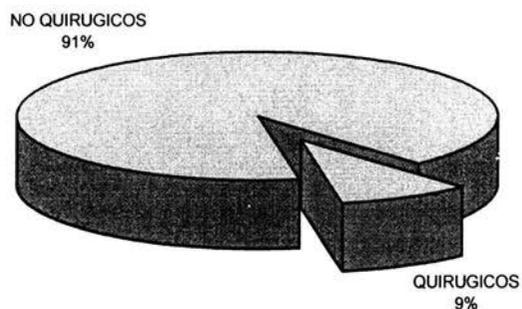
Se concluye que, las lesiones masivas de cráneo que requieren manejo quirúrgico se encuentran por arriba de lo reportado, y que las manifestaciones clínicas más frecuentes en nuestro medio son principalmente las óseas, lo que nos abre una línea de investigación para determinar las causas de este incremento que probablemente sea dado por la situación económica, social y cultural que vive actualmente la población usuaria de los Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. <http://www.sordoceguera.org/sordoceguera/tce.htm> traumatismo craneoencefálico accidentes Dr. Mario Colmenares MD
2. <http://www.epilepsia.org/2002/mayo/tglosario256.htm> traumatismo craneoencefálico.
3. <http://hlm.nih.gov/medlineplus/ency/article000713.htm> hematoma subdural agudo(subagudo
4. http://psc.adam.com/ency/article_000781.htm hematoma subdural crónico
5. Hahn y Chyung C. Barthel M. Et al Head injures in chidrens under 36 months of age: dermography and outcome Child's nerv Syst 1998; 4:34-
6. Breger M. Pitts L lovely M Et al, outcome for severe head injures in childrens and adolescents J Neurosurg 1985; 62:194-199.
7. Bruce D. Raffhaely R. Goldberg A. Et al Outcome following severe head injures in childrens J.Neurosurg 1978;48:679-688.
8. Luerssen T Klauber M Marshall L. Outcome form head injury related to patients age a longitudinal prospective study of adults and paediatric head injury J Neurosurg 1988;68:409-416.
9. Aoki N Masazuma H. infantile acute subdural hematoma clinical analysis of 26 cases J.Neurosurg 1984;61:273-280.
10. Ikeda A. Soto O. Tusagane R. Et al infantile acute subdural hematoma Child's Nerv Sist. 1987;3:14-22.
11. Leland Albright, Ian F.Pollack P. David Adelson. Principles a practice of paediatric Neurosurgery Ed. Thieme,Ney York ed1 1999 cap.47.
12. Léggate J López-Ramos N. Genitori L. Et al. Extradural haematoma in infants Abr J Neurosur 1989; 533-540
13. Dhellemms D. Leegeune L. Christaens J. Et al traumatic extradural hematomas in infancy and childhood. J Neurosurg 1985; 62:861-864.
14. LeBlanc R. O'Gorman A. Neonatal intracranial haemorrhage. Aclinical and serial computerized tomographic study J Neurosurg 1980;53:642-651.
15. Berman I. Bauer R. Bermada M. Et al intracranial haemorrhage in the full-term neonatal infant paediatrics 1985;75:489-496.
16. Tanaka Y. Sakamoto K.kobayashi S. Et al bifhasic ventricular dilatation following posterior subdural hematoma in the full-term infant J Neurosurg 1988;68:211-216.
17. formedica.Com.ar/infomedica/numeroagosto2000maltrato_infantil.htm Dra. Silvia Jodora.
18. http://www.hlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/aticle_003202.htm Hematoma subdural agudo.
19. Calvo Fdz. Jr. Calvo Fdz MaE. Calvo Rosalés J. Malos tratos infantiles canarias pediátricas Vol. 24 núm. 1 Enero-abril 2000
20. Loredó Abdala A. Maltrato en el niño Asociación Mexicana de Pediatría A.C. ed 1. Ed Mcgraw-Hill Interamericana. 2001. Pág.241 México

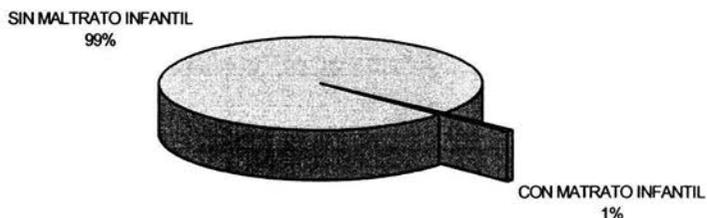
A N E X O S

FIGURA 1. FRECUENCIA DE PACIENTES QUIRURGICOS DEL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA DE ENERO DE 2000 A AGOSTO 2003



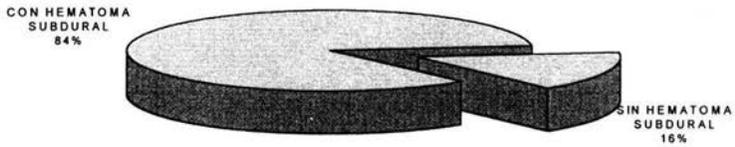
Fuente: Cédula de recolección de datos del expediente clínico HP. Legaria 2000-2003

FIGURA 2. FRECUENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES DEL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA ENERO DEL 2000 A AGOSTO DEL 2003



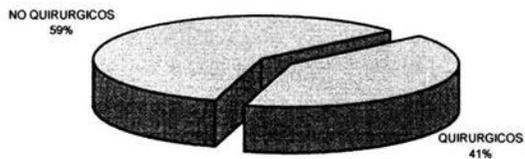
Fuente: Cédula de Recolección de Datos del Expediente Clínico HP. Legaria 2000-2003

FIGURA 3. FRECUENCIA DE PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL QUE PRESENTAN HEMATOMA SUBDURAL ENERO 2000 - AGOSTO 2003



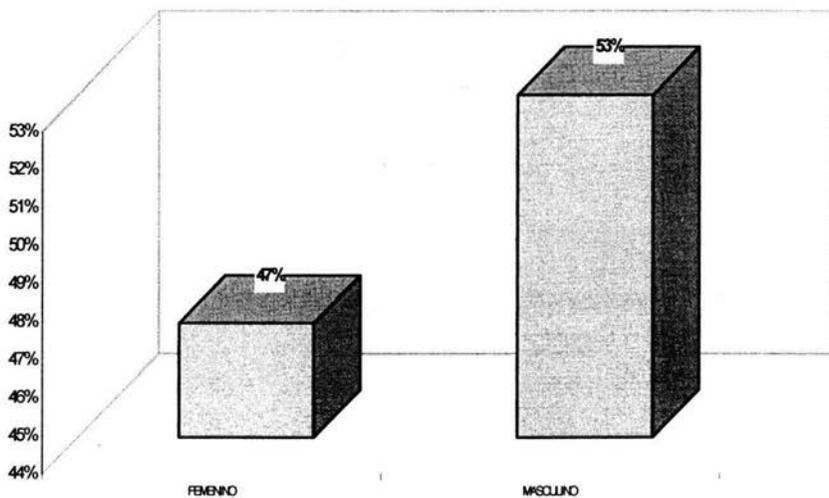
Fuente: Cédula de Recolección de Datos del Expediente Clínico HP, Legaria 2000-2003

FIGURA 4. FRECUENCIA DE PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL Y HEMATOMA SUBDURAL QUE REQUIRIERON MANEJO QUIRURGICO DEL HP. LEGARIA ENERO 2000 - AGOSTO 2003



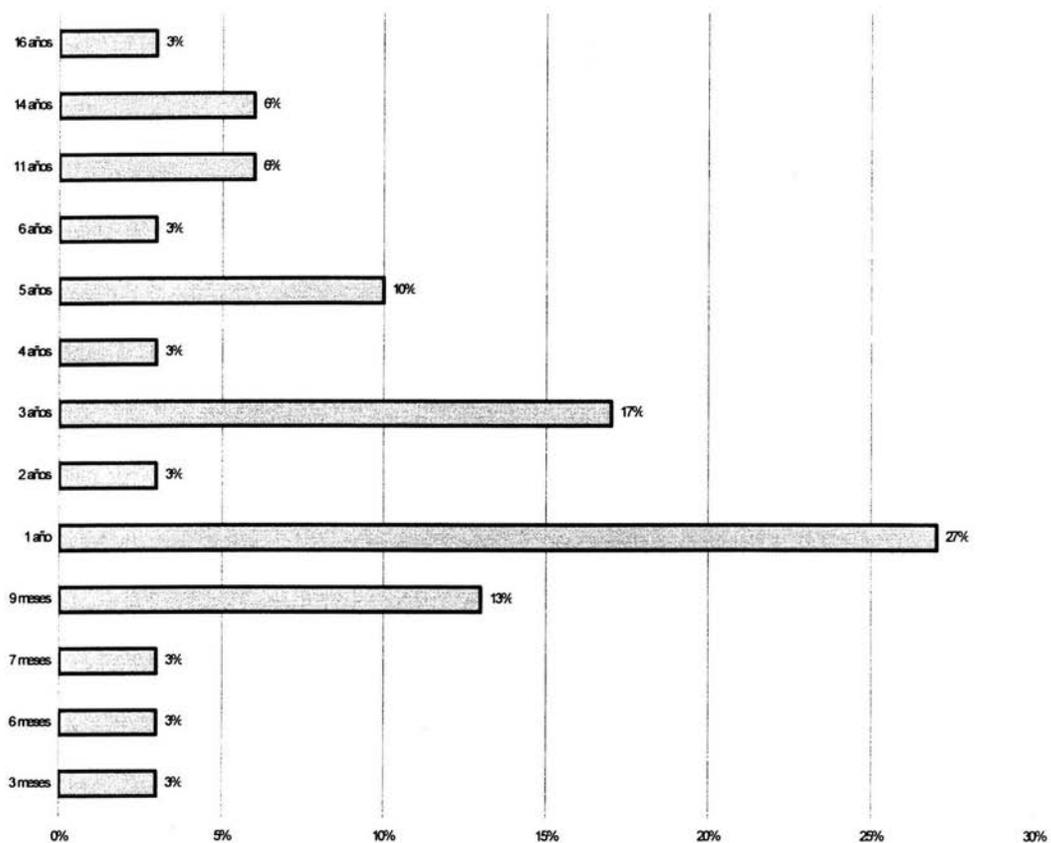
Fuente: Cédula de Recolección de Datos del Expediente Clínico HP, Legaria 2000-2003

**FIGURA 5. FRECUENCIA DE PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL POR SEXO
ENERO 2000 - AGOSTO 2003**



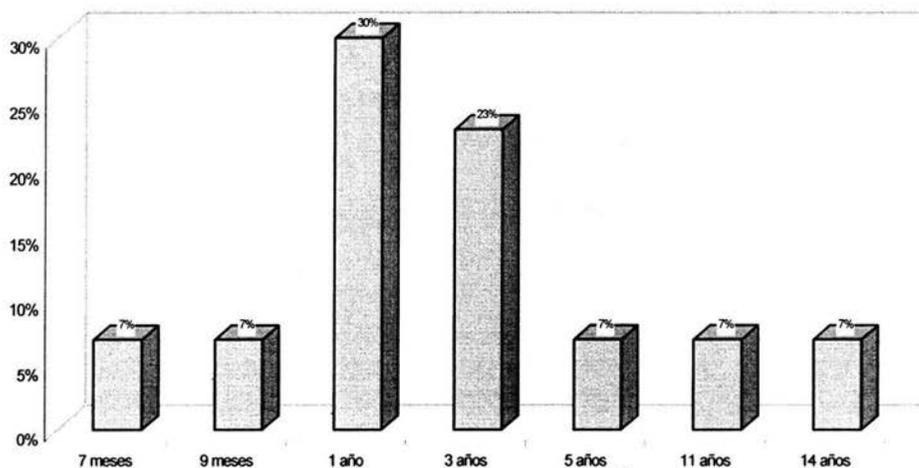
Fuente: Cédula de Recolección de Datos del Expediente Clínico HP. Legaria 2000-2003

**FIGURA 6. FRECUENCIA DE PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL POR GRUPO DE EDAD ENERO
2000 - AGOSTO 2003**



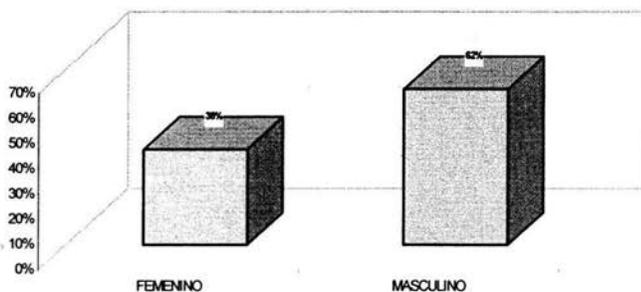
Fuente: Cédula de Recolección de datos del expediente clínico HP. Legaria 2000-2003

FIGURA 7. FRECUENCIA DE PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL Y HEMATOMA SUBDURAL QUIRURGICO POR GRUPO DE EDAD ENERO 2000 - AGOSTO 2003



Fuente: Cédula de Recolección de datos del expediente clínico HP. Legaria 2000-2003

FIGURA 8. FRECUENCIA DE MALTRATO INFANTIL CON HEMATOMA SUBDURAL QUIRURGICO POR SEXO DEL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA ENERO - AGOSTO 2003



Fuente: Cédula de Recolección de Datos del Expediente Clínico HP. Legaria 2000-2003