



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
 INGRESADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HIMFG CON
 DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL EN EL PERIODO 2000-2016**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
 ESPECIALISTA EN:
 PEDIATRÍA**

**PRESENTA
 DRA. MARÍA TERESA GÓMEZ CHAVARRÍA**

**TUTORES DE TESIS:
 DRA DIANA AIDEE GUERRERO RESENDIZ
 DR. HORACIO MÁRQUEZ GONZÁLEZ**



CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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).

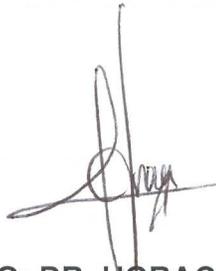
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOJA DE FIRMAS

**DRA. REBECA GÓMEZ CHICO VELASCO DIRECTORA DE ENSEÑANZA Y
DESARROLLO ACADÉMICO**

A handwritten signature in dark ink, featuring a large, stylized loop on the left and a smaller loop on the right, connected by a thin horizontal line.

**TUTOR: DRA DIANA AIDEE GUERRERO RESENDIZ
MÉDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO URGENCIAS HOSPITAL INFANTIL DE
MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

A handwritten signature in dark ink, consisting of a vertical line on the left, a horizontal line across the middle, and a small flourish on the right.

**ASESOR METODOLÓGICO: DR. HORACIO MÁRQUEZ GONZÁLEZ
MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

DEDICATORIA:

Esta tesis va dedicada al hombre de mi vida, mi papá, él me hizo quien soy, él creo esta persona y me enseñó todo lo que se de la vida, él dedicó toda su vida a darme lo mejor y luchó siempre por ser mejor cada día. Espero algún día llegar a ser un poco del gran hombre que fue. Todo mi trabajo de ahora y en adelante está dedicado a él. ¡Gracias por tanto papi!

A mi mamá por el apoyo incondicional en todo momento, por enseñarme la importancia del trabajo y la perseverancia, y por ponerme el ejemplo de que siempre se puede ser grande ayudando a los demás, por enseñarme a ser fuerte a pesar de las adversidades. Gracias por enseñarme a amar incondicionalmente y a entregar el corazón y el alma en todo lo que hago.

A mis hermanos por el apoyo que siempre me brindan, por amarme, por comprender aquellos días que no pude estar con ellos, gracias por alentarme a seguir adelante y siempre creer en mi a pesar de los obstáculos que se me interpusieran.

A mis amigos, ellos que han estado en los mejores y peores momentos, quienes caminaron junto a mi en este sendero, con quienes compartí sonrisas, felicidad y aventuras y me ayudaron a sobrellevar este duro camino.

En especial a mis niños, esos pequeños ángeles que me demostraron que la fortaleza y la grandeza sobrepasan el tamaño del cuerpo, gracias a ellos que me permitieron aprender a través de ellos, que en el intento de curar su cuerpos sanaron mi alma.

A mi tutora y asesor de tesis, por ser mis grandes maestros en este camino, gracias por la confianza y el apoyo incondicional que me brindaron, gracias por compartir su tiempo y conocimiento conmigo.

ÍNDICE

1. Resumen.....	5
2. Introducción	7
3. Antecedentes.....	9
4. Marco teórico	11
I. Epidemiología.....	11
II. Impacto social.....	13
III. Factores de riesgo.....	13
IV. Tipos de maltrato infantil.....	14
V. Características clínicas.....	15
VI. Abordaje diagnóstico.....	28
VII. Prevenición.....	20
5. Planteamiento del problema	21
6. Pregunta de investigación	21
7. Justificación	22
8. Objetivos (General y específicos).....	23
9. Métodos	24
10. Consideraciones éticas	25
11. Descripción de variables.....	25
12. Plan de análisis estadístico	31
13. Resultados completos.....	32
14. Discusión.....	41
15. Conclusión.....	47
16. Limitación del estudio.....	48
17. Cronograma de actividades.....	49
17. Referencias bibliográficas.....	50
19. Anexos.....	53

RESUMEN

México ocupa uno de los primeros lugares en maltrato infantil, con más de 700 muertes anuales a causa de esto. El diagnóstico suele ser complicado, principalmente cuando el médico tiene poco conocimiento acerca del tema. La falta de identificación sigue siendo un problema importante, por lo que es crucial conocer las características clínicas y demográficas de esta patología.

Objetivo: Informar las características clínicas y demográficas del maltrato infantil en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Método: Se realizó estudio descriptivo retrospectivo transversal de 16 años (2000-2016) donde se incluyeron pacientes pediátricos de 0 meses a 18 años, se revisaron 73 expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado de maltrato infantil que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Infantil Federico Gómez. Se analizaron diferentes variables, las características clínicas, factores de riesgo y los datos demográficos. Para el análisis estadístico se empleó el paquete estadístico IBM SPSS (20.0), las variables medidas en escala nominal se presentan en frecuencias absolutas y relativas. Para las variables medidas en escala numérica se emplea como medida de tendencia central, la media y mediana.

Resultados: De los 73 paciente incluidos en el estudio, 48 (65.8%) fueron del sexo femenino y 25 (34.2%) del sexo masculino. La edad más afectada en un 50.7% fueron los lactantes. El tipo de maltrato infantil con más prevalencia fue la violencia física (80.8%), aproximadamente la mitad de los pacientes presentan 2 o más tipos de maltrato asociado. El 73% de los pacientes presentan más de 2 factores de riesgo (individual, ambiental y familiar), siendo el más frecuente el familiar, 57.5% con familia nuclear no integrada, 35.6% violencia intrafamiliar, 86.3% nivel socioeconómico bajo y alguna toxicomanías en 75%, siendo de esta última el alcohol la más frecuente 30.6%. El motivo de ingreso más común a su llegada fue maltrato infantil (21.9%), seguido de TCE (16.4%). En el maltrato físico las lesiones más prevalentes fueron las mucocutáneas 93.1% seguidas de las musculoesqueléticas 58.9%. En abuso sexual el sexo más afectado fue el femenino 66.6% y a diferencia de otros estudios la edad más frecuente en esta institución fue en preescolares (33.3%). El padre fue el principal agresor con un 13.7%, llamando la atención un alto porcentaje de perpetradores no identificados hasta en e 56.2%. La persona que más sospechó el maltrato fue el médico en 67.1% de los casos. En cuanto al seguimiento posterior al alta hospitalaria 67.1% tuvo consultas subsecuentes, 27% presentó alguna secuela y 4% fue defunción.

Conclusión: Nuestros resultados son comparables a estudios previamente publicados, demuestra la importancia del conocimiento de características clínicas y demográficas del maltrato infantil, debido a que el principal maltrato encontrado es el físico y que la mayoría de las lesiones son clínicamente evidentes, los pediatras deben de tener los conocimientos suficientes, pudiendo así identificar las lesiones sugestivas de maltrato, permitiendo el abordaje y manejo a tiempo y previniendo resultados fatales como los ya descritos en nuestro país.

INTRODUCCIÓN

"Como médicos que asumen la responsabilidad del progreso físico, mental y emocional de los niños desde la concepción hasta la madurez, los pediatras deben preocuparse por las influencias sociales y ambientales, que tienen un gran impacto en la salud y el bienestar de los niños y sus familias."(Behrman)

El maltrato infantil es un fenómeno universal, que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos, no existe país ni comunidad que escape a él, y se presenta tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud (2017) posiciona a México en el noveno país de América Latina y el Caribe en maltrato físico. De acuerdo a la UNICEF 2010, México ocupa los primeros lugares en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años infringidos por sus padres. (24)

En promedio, un niño menor de cinco años de edad es asesinado cada dos días en nuestro país y que por lo menos una tercera parte de los homicidios cometidos en contra de menores de edad tiene como antecedente diversas formas de maltrato.⁶ La evidencia actual sugiere que muchos niños que mueren por abuso infantil son vistos por un proveedor de atención médica para afecciones médicas relacionadas con abuso antes del diagnóstico, resultando en una oportunidad perdida para la intervención y ayuda.⁶

El maltrato infantil sigue siendo un problema no denunciado (y con frecuencia no detectado) por varias razones, incluidas las variaciones individuales y comunitarias; en el ámbito médico, el conocimiento y capacitación inadecuada entre los profesionales, la falta de reconocimiento de lesiones, falta de voluntad para reportar sospechas de abuso y parcialidad profesional son un problema importante

Las características clínicas en pacientes con maltrato infantil deben sospecharse siempre en pacientes con lesiones inexplicables, detección de indicadores de abuso al interrogatorio y en la exploración física buscar intencionadamente las lesiones más comúnmente encontradas en estos pacientes; de acuerdo a la Academia Americana de Pediatría (AAP) las lesiones más frecuentemente encontradas son aquellas sufridas en piel y mucosas, como equimosis, hematomas, quemaduras, huellas de lesiones en múltiples fases, siempre teniendo en cuenta lesiones cutáneas que puedan imitar maltrato infantil ¹⁷, se acompañan en su mayor parte por

fracturas o lesiones óseas antiguas², estas lesiones no son explicadas por el mecanismo del trauma descrito por el cuidador.^{2,18} También pueden presentarse TCE de repetición, historia de caídas frecuentes o abuso sexual.^{2,13, 18,.} Dentro de otras, existen lesiones no visibles como depresión, ansiedad, obesidad, talla baja, desnutrición grave que no sean explicadas por causa orgánica, y es probable que dichas alteraciones sean consecuencia de violencia familiar, cambio de escuela, bullying o abuso sexual, entre otros.²

La prevención del abuso y la negligencia infantil evita que el niño sufra física y psicológicamente, y evita una intervención tardía “después del hecho”. Otra razón para prevenir el abuso y el abandono infantil es su inmensa morbilidad y tasas de mortalidad significativas, en el Informe Nacional sobre Violencia y Salud del 2006 refiere que en México durante los 80’s y 90’s se registraron 4533 muertes por homicidio, causas accidentales o violentas en los menores de 4 años¹⁰. La investigación ha documentado las múltiples secuelas físicas, cognitivas, conductuales, sociales y emocionales del maltrato infantil. El daño cerebral, los problemas de aprendizaje, la agresión, la delincuencia juvenil y la conducta criminal de adultos, la depresión y las dificultades en la vida laboral, social y personal, son algunos de los problemas reportados a largo plazo.⁴

El Hospital Infantil de México Federico Gómez es uno de los principales centro de referencia en el país, sin embargo al enfrentarnos diariamente a enfermedades propias de tercer nivel de atención, pasamos desapercibidos datos importantes que nos hacen sospechar de maltrato infantil, pudiendo propiciar un desenlace fatal, debido a que las consecuencias pueden llegar hasta la pérdida de la vida de un niño; por lo que es de vital importancia la sospecha y búsqueda intencionada de signos clínicos característicos de esta patología, así como indicadores de abuso; sin embargo como en toda patología en medicina, no se puede sospechar ni diagnosticar si no conocemos acerca del tema.

Por lo que este trabajo tiene como principal propósito dar a conocer en concreto datos clínicos, indicadores de maltrato infantil, características demográficas que caracterizan a los pacientes pediátricos con diagnóstico de maltrato infantil en nuestra población mexicana, ya que se cuentan con pocos estudios en nuestro país respecto a este tema, siendo un problema parcialmente atendido e identificado, trayendo consigo todas las complicaciones que el maltrato infantil implica.

ANTECEDENTES

En 1962, el doctor Kempe y sus colegas publicaron en el Journal of the American Medical Association su trabajo acerca del síndrome del niño golpeado, comenzaron a prestar atención a algunas manifestaciones clínicas que podían percibirse a simple vista en el cuerpo de algunos niños menores de cinco años de edad, tales como hematomas, heridas y cicatrices. Poco después estos médicos, auxiliándose de estudios radiológicos, pudieron detectar en los niños fracturas simples o múltiples en huesos largos y cabeza. (12)

La Organización de las Naciones Unidas para la infancia, en su informe anual de 2006 establece que en África occidental y central, se estimó que hasta un 20% de los niños se encontraban desarrollando actividades de tipo laboral, mientras que en África oriental y meridional iba en aumento el número de familias cuyo jefe es un niño. (10)

En el 2000 el Dr. Gómez Ramos a través de estudio en TCE en pediatría del Hospital Regional ISSSTE describe lesiones asociadas en TCE y maltrato infantil. (13)

En CARES 2011 (Estudio de la Experiencia de Reporte de Abuso Infantil), se observó que el 27% de las lesiones que determinaron que eran probables o muy probablemente causadas por abuso infantil. Levi y Brown informaron que el 15% de los médicos a los que estudiaron requerían una probabilidad de abuso del 75% o más antes de que informaran. (11)

En Febrero 2014 La clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) describe el cuadro clínico de las víctimas del “síndrome del niño sacudido” y se insiste en la necesidad de prevenirlo y diagnosticarlo a tiempo, dividen las características clínicas como visibles e invisibles, describiendo como sospechar de el diagnóstico de Maltrato infantil.(12)

Existen estudios que sugieren que el principal servicio en un Hospital que ofrece la oportunidad de la identificación temprana de abuso infantil, es el servicio de Urgencias, en el estudio de casos y controles “Predicción del riesgo de abuso infantil en el Departamento de Emergencias” Dr. A. Gancedo Baranda, menciona que la mayoría de los niños con maltrato infantil, son consultados en el servicio de Urgencias, 1 o 2 veces previas al diagnóstico, 1 mes o antes; sin

embargo, difícilmente presentan datos clínicos de alarma, volviendo a este servicio un escenario adecuado para identificar el abuso infantil. (6)

Mass y cols. (2008) reportan que el maltrato físico en la infancia es el tipo de violencia que con mayor intensidad se asocia a conductas agresivas y violentas en la edad adulta, lo que nos hace pensar que este tipo de fenómenos generarán una transmisión generacional de la violencia, que se puede prevenir. (22)

Marina Muñoz y cols. (2008), describieron los factores de riesgo y de protección el maltrato infantil en niños mexicanos donde demuestran que el vínculo familiar negativo incrementa la probabilidad de maltrato, concordando con lo encontrado en nuestro estudio. (24)

En 2009, la Dra. Fernández describe características clínicas más comunes encontradas en niños con diagnóstico de maltrato infantil en el HIMFG, centrándose en la clínica de maltrato infantil (14), donde mencionan que las lesiones más comunes fueron las mucocutáneas, sin embargo observan que el tipo más común es la violencia sexual.

De acuerdo al Sistema Nacional para el Desarrollo Infantil de la Familia (DIF), los principales responsable del maltrato suelen ser, en orden de frecuencia: la madre, el padre, ambos padres, padrastro, madrastra, tíos y abuelos.(25)

Tovar Domínguez y cols. (2016), describieron las características de pacientes con maltrato infantil en el municipio de Huichapan, Hgo. donde se observó que la madre es la primera en identificar el maltrato. (26)

Perrigo JL y cols. (2018), estudiaron pacientes con retrasos en el desarrollo cognitivo, de lenguaje y adaptativo demostrando que los niños con múltiples retrasos tenían probabilidad 4.73 veces más de sufrir abuso y negligencia infantil que los niños con desarrollo normal.(33)

4. MARCO TEÓRICO

Según la OMS 2016, el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto 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 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.(8)

I. EPIDEMIOLOGÍA

En 2005 el INEGI concentró el porcentaje de casos atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia según tipo de maltrato de 2002 a 2004, en donde se observa la constante del maltrato físico como el de mayor incidencia en la región centro; con un promedio de 32.88% en el periodo mencionado, seguido de la omisión de cuidados con 26.94% promedio y el maltrato emocional con 21,93% en promedio.(6)

Un niño maltratado tiene aproximadamente una probabilidad del 50% de ser abusado de nuevo y tiene un mayor riesgo de morir si el abusador no se detecta y no se detuvo después de la primera presentación. Estas cifras indican que el diagnóstico precoz del maltrato infantil es de gran importancia. (16)

De acuerdo a las estadísticas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, las primeras 5 entidades con mayor número de muertes por homicidio en nuestro país en menores de 5 años son Edo. De México, DF, Oaxaca, Michoacán y Guerrero.(6) Las 3 principales causas de defunción por homicidio entre los niños de 0 a 14 años de edad, son en niños menores de un año en primer lugar ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, seguido de negligencia y abandono y ahogamiento y sumersión, de 1 a 4 años de edad el ahogamiento tiene el primer lugar, segundo disparo de armas de fuego y ahorcamiento en tercer lugar, de 5 a 9 años de edad el primer lugar lo ocupa el disparo de armas de fuego seguida de ahogamiento y ahorcamiento y en los niños de 10 a 14 años.

El tipo de maltrato con 32% ocupa el maltrato físico, seguido de 23% abandono, 20% omisión de cuidados, 13% abuso sexual, 6% emocional, 5% explotación laboral, 1% negligencia y 0.3% explotación sexual comercial.(6)

De acuerdo al Sistema Nacional para el Desarrollo Infantil de la Familia (DIF), los responsables del maltrato infantil con el primer lugar lo ocupa la madre con 47%, padre 29%, ambos padres 5%, padrastro 5%, madrastra 3%, tios 3%, abuelos 2%, otros 5%. (25)

En 2002, último año para el que se tienen datos, del total de casos denunciados, sólo en 14% de ellos se dio parte a las autoridades de procuración de justicia. Los maltratos fueron dirigidos casi en la misma proporción en contra de niños (51%) que de niñas (49%).(10)

La incidencia es ligeramente mas alta en el sexo masculino y en general los adolescentes son el grupo etario más propenso en el abuso físico, sin embargo por la vulnerabilidad del tamaño y fuerza, los niños pequeños están en mayor riesgo de abuso físico severo.(12)

En el 2009 en EUA aproximadamente 1.676 menores fallecieron por causa de abuso o negligencia; el promedio total de fatalidades de menores fue de 2,34 muertes por 100.000 menores, (Child Maltreatment 2009). “Los niños más pequeños de recién nacidos hasta los tres años de edad, son los que están en más alto riesgo de ser maltratados; y de estos un 78% de los casos termina en fatalidad como consecuencia de maltrato (Child Maltreatment 2006).(11)

Estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico y víctimas de desatención. El maltrato físico infantil es una causa importante de morbilidad y mortalidad pediátrica y se asocia con los principales problemas de salud física y mental que se puede extender hasta la edad adulta.(7)

Los registros INEGI 2009 demuestran que una tercera parte de los hogares mexicanos padece violencia. La mayoría de los miembros del hogar padecen violencia emocional, 34%; intimidación, 5.4%; violencia física, 3.9%, y sexual 0.5 por ciento. México ocupa el lugar en el rubro de muertes intencionales a niños entre 1 y 14 años.

II. IMPACTO SOCIAL

El maltrato infantil es un problema de salud pública con consecuencias graves para la salud de toda la vida para los sobrevivientes y sus familias. Los adultos que fueron maltratados cuando eran niños, tienen malos resultados de salud a pequeño y largo plazo, y hay pruebas de que las primeras experiencias adversas en la infancia son fuertes contribuyentes a muchas enfermedades de adultos. (2,19)

Para algunos niños, el abuso físico resulta en incapacidad permanente, que afecta a su salud durante toda la vida de una manera profunda. Por ejemplo, las víctimas de trauma craneoencefálico por maltrato tienen altas tasas de discapacidad neurológica, incluyendo la vista, deterioro de la audición, epilepsia, retraso cerebral, y de desarrollo cognitivo y cerebral. (13,19) Los niños abusados pueden sufrir lesiones permanentes, que como ya se mencionó repercuten gravemente en el desarrollo normal de la infancia, sin dejar a un lado, lesiones tan fatales como la misma pérdida de la vida.(19, 20).

Las víctimas de abuso físico en la infancia están en riesgo de desarrollar una variedad de problemas de conducta, incluyendo trastornos de conducta, comportamientos agresivos físicamente, depresión, bajo rendimiento académico, y la disminución de la función cognitiva. (20)

III. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo pueden dividirse en 3 grupos más frecuentemente encontrados incluyen individuales, ambientales y familiares:

- **FAMILIARES:** Características de los padres: baja autoestima, pobre control de los impulsos, edad joven, tabaquismo materno, madre soltera, vivir en hogares con adultos no emparentados, hijos de militares, grado académico, capacidad para desarrollar relaciones positivas, antecedentes de abuso durante la niñez, depresión u otras enfermedades mentales. (8, 11)
- **INDIVIDUALES:** bajo peso al nacer, discapacidad física y mental, padecer una enfermedad crónica, niño no deseado o embarazo no planeado, los niños que ya han

sido notificados anteriormente a autoridades competentes en maltrato, incrementa significativamente el riesgo de muerte por accidente. (11)

- MEDIO AMBIENTE (comunidad y sociedad): presencia de más de dos hermanos, pobreza, desempleo, bajo rendimiento escolar, violencia entre pareja, monoparental.(11)

IV. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil puede clasificarse en:

Abuso físico produce tanto daños físicos como emocionales y sociales. los daños que se pueden ocasionar van desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices. En el síndrome de sacudimiento los niños pequeños pueden sufrir desde sordera o ceguera permanentes, parálisis y coma, hasta la muerte.(21, 2, 6)

Maltrato psicológico o emocional se presenta cuando los padres o las personas responsables del cuidado de un niño le causan o pueden causar, por acción u omisión, serios trastornos, tanto en el comportamiento, como cognitivos, emocionales o mentales. No requiere la presencia de daños físicos; con sólo presenciarse la violencia en la familia o experimentar abandono, rechazo o explotación, se considera que el niño ha estado expuesto a comportamientos que constituyen abuso o maltrato psicológico. (21, 2, 6, 22)

Abuso sexual ocurre entre un menor y un adulto que es el padre, cuidador o responsable del menor. Abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Los actos que no involucran dicho contacto incluyen: comentarios de índole sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el voyeurismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto, en cambio, incluyen: el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual.(20, 22)

Negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales.(19)

V. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los niños abusados, pueden presentar una variedad de lesiones desde leves hasta potencialmente mortales. Ya sea que el padre, cuidador u otra persona refiera presenciar el acto o aún mas importante identificar por parte del médico una lesión sospechosa. (6,10)

La Academia Americana de Pediatría (AAP) en su ultima revisión 2015 menciona que como cualquier otro niño con trauma antes de realizar una evaluación adicional, debe estabilizarse requiriendo en algunas ocasiones de acuerdo a la gravedad, un equipo de respuesta al trauma y en algunos casos especialistas pediátricos en cirugía, medicina de urgencias y cuidados intensivos. Posterior a descartar y tratar alguna lesión grave que ponga en riesgo la vida en la evaluación primaria, se procede a la exploración física completa en busca de lesiones individuales específicas y ciertos patrones de lesiones que merecen una consideración cuidadosa para el abuso, aunque se menciona que pocas lesiones individuales son patognomónicas para el abuso. (32)

Como lesión más frecuente encontrada a la exploración física del niño con maltrato físico se encuentra las lesiones mucocutáneas, dentro de las cuales, la equimosis es la lesión más común, considerándose lesión centinela y fácilmente visibles. La AAP, proporciona el uso de la nemotecnia TEN 4 (32), como una manera fácil de identificar los moretones que son motivo de preocupación y necesidad de búsqueda y sospecha de abuso, buscándolos específicamente en:

T: torso

E: oreja;

N: cuello; y

4: en niños menores o iguales a

4 años de edad y en CUALQUIER infante menores de 4 meses de edad.

Los sitios más comunes de localización de equimosis en niños ambulatorios no abusados son las rodillas y las espinillas y en prominencias óseas, incluida la frente, diferente a los niños donde la cabeza y la cara son los sitios más comunes de hematomas. Los moretones son notablemente raros en los bebés preambulatorios y en caso de presentarse requieren una consideración cuidadosa y una evaluación médica cuidadosa por posible abuso. (30)

Si se encuentra una equimosis con forma, también se debe sospechar de abuso, en estas lesiones el mecanismo habitual es un traumatismo provocado por el puño, un puntapié, el azote directo contra una superficie dura; durante la exploración física pueden identificarse huellas del objeto que se utilizó para la agresión como alambre, cinturón, objeto punzocortante, mordeduras humanas, cigarro, plancha de vapor, marca de nudillos, tabla, palas, hebilla, etc.(20)

Las quemaduras lesiones por escaldadura en las manos “en guante” y en los pies “en calcetín”, que son simétricas y bien delimitadas deben hacer sospechar en maltrato infantil. (17) El mecanismo más común es por inmersión, y son la causa más común de quemaduras graves que requieren hospitalización en niños, con sitios de localización más frecuentes en genitales y extremidades inferiores, característicamente de distribución simétrica. También puede presentarse por contacto con objetos se infringen con sólidos calientes, como planchas, radiadores, estufas o cigarrillos. (30)

En niños menores de 6 meses, con lesiones en piel y mucosas siempre se debe de indagar acerca de abuso.(17)

Siempre se debe de tener en cuenta los diagnósticos diferenciales en lesiones en la piel por ejemplo: coagulopatías y vasculitis.

En la mayoría de los casos, las lesiones en piel y mucosas se acompañan de una lesión ósea en cráneo, costillas, vértebras o miembros superiores e inferiores con presencia de fracturas de diversa gravedad, donde característicamente el trazo de la fractura no coincide con el mecanismo de lesión que el padre explica; las lesiones en huesos largos son causados en su mayoría por traumatismos directos, lesiones en huesos como apófisis espinosas, costillas o clavículas deben hacernos pensar en golpe directo con puntapié, con una superficie dura o compresión extrema de tórax. (16)

La AAP enlista 6 lesiones óseas en las que si se presentan se debe sospechar de abuso físico:

1. Fracturas en lactantes no ambulatorios, especialmente en aquellos sin un historial claro de trauma o una condición médica conocida que predispone a la fragilidad ósea;
2. Niños con fracturas múltiples;
3. Lactantes y niños con fracturas de costillas;

4. Lactantes y niños pequeños con fracturas de fémur o húmero en rama verde;
5. Lactantes y niños con fracturas inusuales, incluidos los de la escápula, lesiones metafisarias clásicas de huesos largos, vértebras y esternón, a menos que se explique por un historial conocido de traumatismo grave o trastorno óseo subyacente;
6. La historia del trauma no explica la fractura resultante.

Algunas veces y cuando el mecanismo de lesión tiene un impacto mayor pueden ir acompañados de lesión en los órganos de la cavidad craneal, torácica, abdominal y pélvica.
(16)

En el síndrome del niño sacudido o traumatismo craneo encefálico secundario a maltrato, se presentan en niños menores de 2 años de edad, secundario a la lesión de desaceleración del encéfalo, dentro de la bóveda craneana y en ocasiones por azotamiento de todo el cuerpo, en este caso se acompaña de fracturas de huesos largos o en la unión costovertebral (16); las manifestaciones más comunes son: crisis convulsivas súbitas, pérdida del estado de alerta, insuficiencia cardiorrespiratoria, hemorragias retinianas.(21) Característicamente las víctimas no tienen una expresión visible de daño físico a pesar de su extrema gravedad clínica.

En el traumatismo craneoencefálico (TCE), es la principal causa de mortalidad por abuso físico, las lesiones más frecuentes encontradas en estudios de imagen son hematoma subdural interhemisférico, la fosa posterior, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraventricular, la lesión del parénquima cerebral hipóxico-isquémica, sin embargo, ninguno de estos es confirmación definitiva de maltrato. (21) Un dato clínico de fácil acceso en la exploración de fondo de ojo en busca de hemorragias retinianas, y que es de vital importancia indagar intencionadamente debido a que este dato nos hace sospechar en abuso infantil cuando se asocia a TCE, se puede observar lesiones características como hemorragia en múltiples capas de la retina cuando la tracción se aplica a los globos oculares, estas lesiones son encontradas hasta un 85% de paciente con maltrato. (21,18)

Dentro de las lesiones toraco-abdominales:

- a. Trauma de tórax: las equimosis son comunes, sin embargo la lesión a órganos intratorácicos ocurren con menos frecuencia. Las lesiones abusivas que afectan al corazón, incluyendo el traumatismo cardíaco directo y las disritmias, son poco comunes. Contusión cardíaca, hemopericardio, contusiones miocárdicas y aneurismas y ruptura

cardíaca han sido reportados por abuso, así como el corte del conducto torácico resultante en quilotórax. Las lesiones pulmonares incluyen contusiones, neumotórax, derrames hemorrágicos o neumomediastino y edema pulmonar asociado con asfixia o traumatismo craneoencefálico. (32)

- b. Trauma de abdomen: La lesión abdominal es una forma grave de maltrato y representa el segunda causa principal de mortalidad por abuso físico. La lesión abdominal más frecuente es la asociación de lesión de hígado con otra víscera hueca. Como manifestaciones clínicas se presenta irritación peritoneal. (32)

El abuso sexual también es otro tipo importante de maltrato infantil, debe sospecharse en niñas menores de 12 años con embarazo o existencia de una enfermedad de transmisión sexual.(22)

Diagnósticos no visibles en exploración, como desnutrición grave, talla baja, sobre peso u obesidad sin causa orgánica o higiene alimenticia que le explique, y sobre todo si es el único miembro de la familia que lo sufre. Estas manifestaciones clínicas pueden ser la consecuencia de abuso físico, psicológico, sexual, o emocional o negligencia. (2, 19)

Se deben considerar las manifestaciones cognitivas de los menores, las alteraciones emocionales y los problemas del sueño, del apetito, del control de esfínteres y del rendimiento escolar, como manifestaciones emocionales secundario a maltrato infantil. Su aparición es súbita, de difícil control y resolución, lo que obliga al médico a precisar su etiología y no considerar que son procesos propios de la edad. Es probable que dichas alteraciones sean consecuencia de violencia familiar, cambio de escuela, bullying o abuso sexual, entre otros.(22, 19, 18)

VI. ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Cuando se observan lesiones sospechosas en la exploración física es importante realizar un interrogatorio dirigido, indagar cómo ocurrió la lesión, y si es significativo, si se atendió al niño para el tratamiento de la lesión. Todos los pacientes deben ser examinados de manera completa con el niño desnudo en una bata. Al examen físico hay que buscar evidencia de negligencia, incluyendo desnutrición, caries dental extensa, dermatitis del pañal no tratada o

cuidado de la herida olvidada. (32) Es importante tomar peso y talla y trazar en una tabla de crecimiento, así como evaluar si la velocidad de crecimiento ha sido apropiada. (28)

La serie esquelética radiográfica es la herramienta estándar para detectar fracturas clínicamente no sospechadas en posibles víctimas de abuso infantil.(32)

La AAP 2015 enumera las Indicaciones específicas para realizar la serie esquelética:

1. Todos los niños, 2 años con lesiones obvias abusivas
2. Todos los niños, 2 años con cualquier lesión sospechosa (Moretones u otras lesiones de la piel en bebés no ambulatorios)
3. Lesiones orales en bebés no ambulatorios
4. Lesiones no consistentes con la historia proporcionada
5. Bebés con repentino inesperado e inexplicable muerte (consultar primero con el médico forense / forense)
6. Bebés y niños pequeños con inexplicables lesiones intracraneales, incluyendo hemorragia y lesión hipóxica-isquémica
7. Bebés y hermanos, 2 años y contactos en el hogar de un niño maltratado, Gemelos de infantes y niños pequeños abusados

Dentro de las herramientas diagnósticas para el trauma abdominal, el examen general de orina se debe realizar para descartar un trauma en tracto urinario y riñones. TAC con contraste son útiles para determinar el tipo y gravedad de trauma. Valoración de cirugía en todos los casos de trauma abdominal. Daniel Lindberg y cols. (2009), menciona la utilidad de las transaminasas para trauma de abdomen, refiere que el incremento de ALT y AST >80mg/dL debe realizarse una TAC de abdomen para descarta lesión visceral, así se evitará imágenes y radiación innecesarias. Así como también realiza amilasa y lipasa en caso de confirmar trauma abdominal. (27)

LA mayoría de esta información se obtuvo de algoritmos diagnósticos encontrados en las guías NICE 2009, la guía de práctica clínica de CENETEC, o algoritmos de manejo realizados por hospitales pediátricos como el Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) y las descritas por la Academia Americana de Pediatría donde se evidencia el abordaje y seguimiento del maltrato infantil. Se anexan algoritmos al final.

PREVENCIÓN

La defensa del paciente es una parte integral de la práctica pediátrica. Pocos pacientes requieren esa defensa tan urgentemente como el niño que ha sido abusado o descuidado. La oportunidad del pediatra de servir al niño, a quien otros protectores pueden haber fallado, requiere interacciones integrales. Por tal motivo es indispensable saber reconocer las características clínicas de pacientes como primer contacto.(3)

El manejo adecuado de las lesiones menores pero sospechosas proporciona oportunidad para el reconocimiento de lesiones centinelas, llamadas así a las lesiones mas comunes encontradas en piel y mucosas ya antes mencionadas.(17)

La prevención del abuso y la negligencia infantil evita que el niño sufra física y psicológicamente, y evita una intervención tardía “después del hecho”. Otra razón para prevenir el abuso y el abandono infantil es su inmensa morbilidad y tasas de mortalidad significativas. Diversos estudios han documentado las múltiples secuelas físicas, cognitivas, conductuales, sociales y emocionales del maltrato infantil. El daño cerebral, los problemas de aprendizaje, la agresión, la delincuencia juvenil y la conducta criminal de adultos, la depresión y las dificultades de los padres son algunos de los posibles problemas a largo plazo.(4)

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil es una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, se ha demostrado la asociación del maltrato en la infancia con problemas de salud física y mental, que pueden extenderse a la edad adulta y aún más catastrófico la asociación con el fallecimiento de los menores. Por esto, es importante que los pediatras de primer contacto, tengan el conocimiento para la identificación, sospecha y manejo de Maltrato infantil. El reconocimiento de los tipos de maltrato, saber identificar características clínicas, conocer los indicadores de abuso, los tipos de lesiones frecuentes y el abordaje de manejo que se realiza en cada caso es de vital importancia para la identificación temprana y la prevención. La evidencia actual sugiere que muchos niños que mueren por abuso infantil son vistos por un proveedor de atención médica para afecciones médicas relacionadas con abuso antes del diagnóstico, resultando en una oportunidad perdida para la intervención y ayuda.(6)

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes ingresados a urgencias del HIMFG con maltrato infantil?
- ¿Cuáles son los factores demográficos y socioculturales más frecuentes encontrados en el HIMFG, los pacientes con maltrato infantil?

7. JUSTIFICACIÓN

Una parte importante al saber reconocer las características clínicas, el tipo de abuso y factores de riesgo que engloba el maltrato infantil, es que tiene como finalidad la prevención en las secuelas, dentro de las mas importantes, las huellas que el maltrato emocional deja en el psiquismo del niño se constituyen en un obstáculo que inhibe, coarta, limita y, en casos extremos, paraliza completamente su desarrollo.

Los pediatras estamos en una posición única para identificar y prevenir el abuso infantil; el papel del médico puede incluir la identificación de los niños maltratados con lesiones características, reportar sospechas de abuso a agencias de protección infantil para su investigación, el apoyo a las familias que están afectadas por el abuso de menores, la coordinación con otros profesionales y agencias de la comunidad para proporcionar atención inmediata y a largo plazo a las víctimas, proporcionando testimonio en la corte cuando sea necesario, proporcionar atención preventiva y orientación anticipada por medio de programas que apoyen a las familias y protegen a los niños vulnerables.(7)

El Hospital Infantil de México Federico Gómez es un centro principal de referencia nacional, por lo que cuenta con pacientes con características individuales, familiares, demográficas y sociales que los convierten vulnerables y predisponen para sufrir maltrato infantil, por lo que todo médico que este en contacto con pacientes con estas características debe tener conocimientos para sospechar e identificar características clínicas y factores de riesgo para sospechar el diagnóstico.

8.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir las características clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de maltrato infantil que ingresan al servicio de urgencias en el HIMFG.

8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Definir el tipo de maltrato infantil que se presenta en los pacientes ingresados a Urgencias del HIMFG.
- Identificar las características clínicas en paciente con sospecha de maltrato infantil en Urgencias HIMFG.
- Identificar factores de riesgo relacionados en pacientes con maltrato infantil.
- Categorizar las lesiones con más frecuencia encontradas de acuerdo a las características de los pacientes estudiados
- Describir la mortalidad del maltrato infantil.

9. MATERIAL Y METODOS:

TIPOS DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo retrsopectivo, transversal no comparativo.

UNIVERSO

Pacientes pediátricos atendidos en el servicio de urgencias que presentan diagnóstico de maltrato infantil.

POBLACION OBJETIVO

Pacientes pediátricos con diagnóstico de maltrato infantil que recibieron atención médica en el servicio de urgencias del año 2000 a 2016.

MUESTREO

Por conveniencia.

Se incluirá a todos los pacientes pediátricos ingresados al servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez, con diagnóstico final de Maltrato infantil a través de Muestreo no probabilístico, en el periodo de 2000 al 2016.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 0 y 18 años de edad
- Pacientes con diagnóstico de Maltrato Infantil
- Pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del HIMFG en el periodo comprendido de enero 2000 a diciembre 2016.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes con expediente incompleto.
- Diagnostico de Maltrato infantil no confirmado

PERIODO DE EVALUACIÓN

Enero 2000 a diciembre 2016

SITIO

Hospital Infantil de México Federico Gómez

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El tipo de estudio no representa ningún riesgo para los pacientes evaluados, ya que al tratarse de un estudio retrospectivo con base en revisión de expedientes clínicos, se considera sin riesgo, por lo que no fue necesario el consentimiento informado por parte de los padres de los menores.

VARIABLES

Sexo:

- Definición conceptual: género
- Definición operacional: masculino, femenino
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: nominal dicotómica

- Edad

- Definición conceptual: Edad al momento del inicio del estudio en años cumplidos
- Definición operacional: 0 – 28 días (recién nacido)
 - 29d – 2^a (lactante)
 - 2^a1m – 5^a11m (preescolar)
 - 6^a – 10^a (escolar)
 - >10^a (adolescente)

- Tipo de variable: Cuantitativa
- Escala de Medición: Discreta

- Motivo de consulta

- Definición conceptual: causa por la que acude a atención medica en el área de Urgencias.
- Definición operacional: si (Maltrato infantil), no (otro diagnóstico)
- Tipo de variable: Cualitativa

- Escala de medición: nominal dicotómica

- Numero de Hermanos

-Definición conceptual: hermanos producto de los mismos o diferentes padres.

- Definición operacional: numero de hermanos

- Tipo de variable: Cuantitativa discreta

- Escala de medición: nominal, discreta

- Lugar que ocupa en la familia

-Definición conceptual: numero de hijo que ocupa en la familia

-Definición operacional: número de hijo en la familia del 1 a 8

- Tipo de variable: Cuantitativa discreta

- Escala de medición: ordinal, discreta

- Tipo de familia

-Definición conceptual: grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones sanguíneas

- Definición operacional: nuclear, compuesta, extensa, monoparental, padres separados.

- Tipo de variable: Cualitativa

- Escala de medición: nominal

- Violencia Intrafamiliar

-Definición conceptual: acción u omisión que el integrante de una familia ejerce contra otro y produce daño no accidental

- Definición operacional: si existe, no existe

- Tipo de variable: Cualitativas

- Escala de medición: nominal

- Discapacidad

-Definición conceptual: deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

-Definición operacional: si existe, no existe

- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: nominal

- Enfermedad crónica relacionada

- Definición conceptual: afección de larga progresión, con duración mayor a 6 meses
- Definición operacional: si la presenta, no la presenta
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: nominal

- Estado Nutricional

- Definición conceptual: situación nutricional en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas.
- Definición operacional: eutrófico, desnutrición, obesidad
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: nominal.

- Nivel socioeconómico

- Definición conceptual: atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica.
- Definición operacional: alto, medio, bajo
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Fracturas antiguas

- Definición conceptual: solución de continuidad en un hueso, producido por un traumatismo, cuando pasan más de tres semanas posterior a lesión.
- Definición operacional: si, no
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Lesiones no explicables

- Definición conceptual: lesión encontrada en la exploración física, que al interrogatorio con el cuidador no tenga explicación de mecanismo causal.
- Definición operacional: si, no

- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Antecedente de TCE

- Definición conceptual: antecedente de trauma cráneo encefálico en hospitalizaciones previas al diagnóstico de Maltrato infantil
- Definición operacional: si, no
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Abandono

- Definición conceptual: acto de dejar a un lado o descuidar a una persona.
- Definición operacional: si, no
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

AGRESOR:

- Tipo de agresor (familiar/desconocido)

- Definición conceptual: persona que lleva a cabo el maltrato
- Definición operacional: madre, padre, ambos padres, hermano, abuelo, tío, padrastro, madrastra, otros.
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: nominal

- Antecedente de maltrato en la infancia en los padres

- Definición conceptual: referido en expediente como antecedente de maltrato de padres o cuidadores
- Definición operacional: si, no
- Categoría: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Persona que sospecha el maltrato:

- Definición operacional: persona que identifica en primera instancia el maltrato infantil

- Definición operacional: medico, enfermera, trabajo social, psicología, familiar.
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: nominal

- Tipo de maltrato

-Definición conceptual: de acuerdo al diagnóstico del paciente se clasifica el tipo de maltrato que presenta

- Definición operacional: físico, psicológico, abuso sexual, abandono, negligencia
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Diagnóstico

-Definición conceptual: pacientes que fueron diagnosticados como maltrato infantil como motivo de consulta o como diagnóstico incidental

- Definición operacional: Maltrato infantil, otro diagnóstico
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Lesiones encontradas

-Definición conceptual: lesiones que a la exploración física se describen en el expediente

- Definición operacional: se describirán las lesiones más frecuentes encontradas
- Categoría: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Lugar donde se llevo a cabo el maltrato

-Definición conceptual: con el fin de identificar el lugar menos seguro para los niños y mas propenso al maltrato, definido como el lugar en el que se lleva a cabo el abuso

- Definición operacional: casa, escuela o guardería, otro
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

- Necesidad de UTIP

-Definición conceptual: definido como la gravedad de la lesión, que requiere maniobras avanzadas o apoyo especializado para ingreso a la UTIP

- Definición operacional: si, no
- Categoría: cualitativa
- Escala de medición: nominal

- Número de hospitalizaciones previas

-Definición conceptual: se cuantificará el numero de hospitalizaciones, como indicativo de lesiones previas

- Definición operacional: : 1. 1-3
- 2. 4-6
- 3. >6

- Tipo de variable: cuantitativa
- Escala de medición: nominal

- Destino del maltratado

- Definición conceptual: lugar a donde es referido finalmente el paciente
- Definición operacional: casa, hospitalización, instancia gubernamental, muerte
- Categoría: cualitativa
- Escala de medición: ordinal

METODOLOGIA

Se realizará revisión de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de Maltrato Infantil y valorados en el servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se buscará nombre, registro, edad y sexo; así como características clínicas de maltrato, tomándose en cuenta factores de riesgo y características del abusador. Realizándose una recolección de datos en hoja de Excel de las variables. Posterior a la revisión de expediente si cumple criterios de selección se obtendrán las variables mencionadas y se realizará análisis estadístico a través del paquete estadístico IBM SPSS, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para frecuencias y proporciones de las características clínicas y factores de riesgo más frecuentes en los pacientes estudiados.

12. PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO

Estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron 73 expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado de Maltrato infantil entre los años 2000 a 2016, que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez que brinda atención a más de 24,376 niños por año, en su mayoría de nivel socioeconómico bajo.

Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad pediátrica, antecedente de enfermedad previa, discapacidad del paciente, motivo de ingreso a urgencias, tipo de maltrato, tipo de familia, presencia de familia disfuncional, nivel socioeconómico, lugar que ocupa en la familia, presencia de desnutrición, esquema de vacunación, tipo de lesiones, agresor, antecedente de maltrato infantil en los padres, violencia intrafamiliar, toxicomanías en los padres, persona que sospecha el maltrato, secuelas, seguimiento y fallecimiento.

Se empleó el paquete estadístico IBM SPSS (20.0), las variables medidas en escala nominal se presentan en frecuencias absolutas y relativas. Para las variables medidas en escala numérica se emplea como medida de tendencia central, la media y mediana.

Se solicitó el consentimiento informado de los directivos del Hospital para la revisión de las historias clínicas garantizando la privacidad de la información.

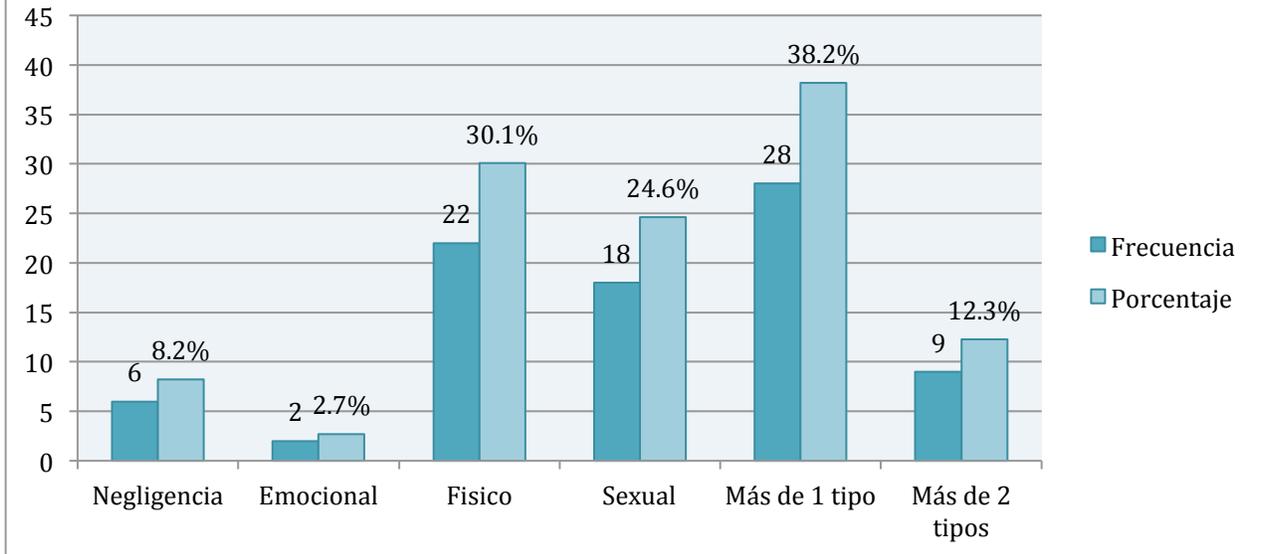
13. RESULTADOS

En el periodo estudiado de 2000 a 2016 en el área de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se registraron 73 pacientes de casos con diagnóstico confirmado de maltrato infantil, el 65.8% (48) fueron de sexo femenino y 34.2% (25) de sexo masculino. En cuanto a las edades más afectadas en primer lugar se encuentran los lactantes 50.7% (37), seguido de los escolares con un 19.2% (14), preescolares 16.4% (12), adolescentes 11% (8) y por último los neonatos con 2.7% (2). (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de maltrato infantil por edad y sexo		
Variable	Frecuencia n=73	Porcentaje
Edad pediátrica		
Neonato	2	2.7
Lactante	37	50.7
Preescolar	12	16.4
Escolar	14	19.2
Adolescente	8	11
Sexo del paciente		
Mujer	48	65.8
Hombre	25	34.2

El tipo de maltrato más común fue la violencia física con un 80.8%, dentro de este el 30.1% presentó únicamente maltrato físico, sin embargo 38.3% lo presenta asociado a otro tipo de maltrato; llegándose a presentar 3 tipos de maltrato en hasta un 12.3%. Se encontró abuso sexual en un 24.6%, negligencia un 8.2% y maltrato emocional en un 2.7%. (Gráfica 1)

Gráfica 1. Tipo de maltrato infantil



Dentro de los factores de riesgo del paciente que predispone a sufrir maltrato infantil se observó que el 34.2% de los 73 pacientes presentaban alguna enfermedad crónica y el 13.7% presentaba alguna discapacidad. El 46.6% de los pacientes ocupaban el primer lugar en el número de hermanos como primogénito. (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo de los menores agredidos

Variable	Frecuencia n=73	porcentaje
Antecedente de enfermedad previa (sí)	25	34.2
Discapacidad del paciente (sí)	10	13.7
El paciente es el primogénito (sí)	34	46.6

Dentro de los factores de riesgo que se encontraron en los pacientes con maltrato infantil, se

Tabla 4. Características de las familias y agresores

dividieron en familiar, individual y ambiental y la presencia de más de 1 o 2 de estos. El 39.7% de la muestra presentó más de 2 factores de riesgo (familiar y ambiental), el 34.2% presentaron los 3 grupos de factores de riesgo. El factor familiar como factor único, se encontró en 2.7%, factores individuales en un 4.1% y ambientales 19.1%. (Tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo para maltrato infantil

Variable	Frecuencia n=73	Porcentaje
Familiar	2	2.7
Individual	3	4.1
Ambiental	14	19.1
2 grupos de factores de riesgo	29	39.7
3 grupos de factores de riesgo	25	34.2
Sin factores de riesgo	0	0

El 57.5% de los pacientes crecen en una familiar nuclear no integrada, con presencia de un solo padre presente, y el 73.2% con rol familiar disfuncional; el 35.6% presentan violencia intrafamiliar en la familiar del menor. El nivel socioeconómico bajo tiene el mayor porcentaje con 86.3% en comparación con solo 1.4% en nivel alto. Dentro de los factores de riesgo por características de los padres, el 30.6% presenta alcoholismo, 19.4% tabaquismo, 23.6% ambos (tabaquismo y alcoholismo) y 1.4% presenta consumo de otras drogas. El 24.7% de los padres sufrieron maltrato infantil en la infancia (Tabla 4).

Variables	Frecuencia n=73	Porcentaje
Familia nuclear no integrada	42	57.5
Rol familiar disfuncional	52	73.2
Clasificación de nivel socioeconómico		
1	63	86.3
2	9	12.3
3	1	1.4
Toxicomanías de los padres		
no tienen	18	25
alcoholismo	22	30.6
tabaquismo	14	19.4
alcoholismo y tabaquismo	17	23.6
otras drogas	1	1.4
Antecedente de violencia en la familia del menor	26	35.6
Antecedente de maltrato en los padres	18	24.7

En cuanto al motivo de consulta a su ingreso a urgencias, se encontró al maltrato infantil en un 21.9% de los casos, seguido de trauma cráneoencefálico 16.4%, abuso sexual 11%, fracturas óseas 11%, desnutrición 11%, alteración neurológica 9.6%, policontundido 4.1%, intoxicación 2.7%, neumonía adquirida en la comunidad 1.4%, paro cardiorrespiratorio 1.4% y otras causas 16.4% entre las que se encuentran sepsis, infección de tejidos blandos, lesión traqueal, infección de vías urinarias, ingesta de cuerpo extraño y miopatía en estudio. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de motivo de consulta a su ingreso a Urgencias		
Variables	Frecuencia n=73	Porcentaje
Maltrato infantil	16	21.9
Neumonía adquirida en la comunidad	1	1.4
TCE	12	16.4
Fracturas óseas	8	11
Alteraciones neurológicas	7	9.6
Paro cardiorrespiratorio	1	1.4
Abuso sexual	8	11
Policontundido	3	4.1
Intoxicación	2	2.7
Desnutrición	3	4.1
otras	12	16.4

Las lesiones más frecuentemente en los pacientes fueron de tipo mucocutáneo encontradas en el 93.1% de los niños, dentro de las que se reportan: equimosis 34.2%, escoriaciones 24.7%, hematomas 17.8%, cicatrices 13.7% y quemaduras 2.7%; las lesiones musculoesqueléticas se presentaron en el 58.9% de los casos, incluyendo edema/aumento de volumen en extremidades 24.6%, fracturas antiguas 19.2%, caídas frecuentes 20.5% y fracturas al momento de la consulta 19.2%. El abuso sexual se presentó en 24.7%. traumatismo abdominal 2.7%, traumatismo tórax 8.2%. (Grafica 2, Tabla 6).

Gráfica 2. Tipo de lesiones

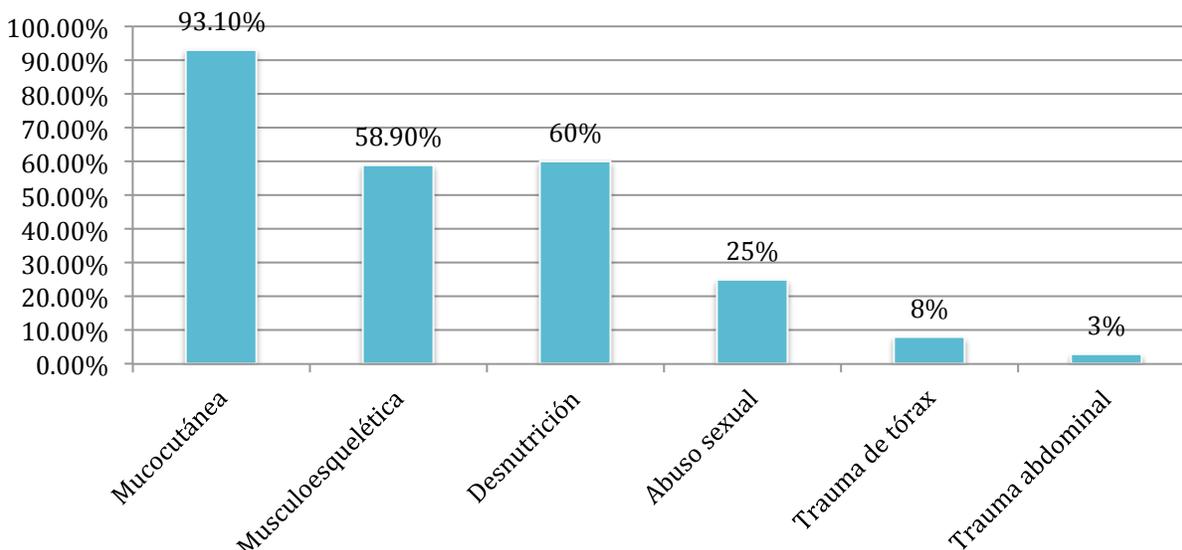


Tabla 6. Lesiones encontradas en la exploración física en los menores agredidos

Variable	Frecuencia n=73	Porcentaje
Lesiones inexplicables	37	50.7
Fracturas antiguas	14	19.2
Caídas frecuentes	15	20.5
Abuso sexual	18	24.7
Equimosis	25	34.2
Hematomas	13	17.8
Cicatrices	10	13.7
Escoriaciones	18	24.7
Fracturas al momento de la consulta	14	19.2
Quemaduras	2	2.7
Antecedente de consulta por la violencia	61	83.6
Datos de descuido	13	17.8
Lesión visceral	2	2.7
Trauma de Tórax	6	8.2
Edema/aumento de volumen	18	24.6
Asimetría ósea	6	8.2
Lesiones genital	12	16.4
Hemorragia subaracnoidea	3	4.1
Hematoma subdural	1	1.3
Fractura de cráneo	4	5.4
TCE	17	23.2

La prevalencia del sexo en paciente con abuso sexual fue 66.6% en mujeres y 33.3% en hombres. Y de acuerdo al grupo etario en primer lugar se encuentra los preescolares con 33.3%, seguido de lactantes con 27.7%, adolescentes y preescolares con igual porcentaje 16.6% y por último los recién nacidos con 5.5%.

En cuanto a la persona que cometió la agresión, en primer lugar se encuentra el padre 13.7%, con poca diferencia se encuentra en segundo lugar la madre 12.3%. Se encontró que terceras personas ajenas a la familia también fueron los agresores en un 8.2%, padrastro o madrastra 4.1% y otros miembros de la familia 2.7% y en un 56.2% no se identificó el agresor. (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución del maltrato infantil según relación con el victimario		
Variable	Frecuencia n=73	porcentaje
Madre	9	12.3
Padre	10	13.7
Terceras personas	6	8.2
Sin identificar	41	56.2
Padrastro	3	4.1
Otros miembros de la familia	2	2.7

Con referencia a la persona que llevó al menor a la consulta para revisión posterior al maltrato infantil en un 67% fue la madre, seguida de los tíos con 9.6% abuelos 6.8%, ambos padres 4.1% y con mejor frecuencia el padre 2.7%. Entre otros, el personal de casa albergue con un 6.8% y paramédicos un 2.7%. (Tabla 8)

Tabla 8. Persona que llevó el menor a la consulta		
Variable	Frecuencia n=73	Porcentaje
Madre	49	67.1
Padre	2	2.7
Abuelos	5	6.8
Tíos	7	9.6
Casa albergue	5	6.8
Paramédicos	2	2.7
Ambos padres	3	4.1

Se observó que la mayoría de las consultas, la persona que sospecha el maltrato infantil es el médico de primer contacto en un 67.1%, seguido de la madre 16.4%, en algunos casos psicología 5.5% o por personal de las escuelas 1.4%, refirieron a niño para valoración por sospecha de Maltrato infantil. (Tabla 9)

Tabla 9. Persona que sospechó el maltrato		
Variable	Frecuencia n=73	porcentaje
Madre	12	16.4
Padre	3	4.1
Otros familiares	4	5.5
Maestra	1	1.4
Psicología	4	5.5
Médico	49	67.1

Se observó que el Hospital Infantil de México se tuvo un 67.1% de seguimiento posterior al diagnóstico, un 4.1% las heridas fueron tan graves que llegaron a la defunción, y hasta el 27.4% de los pacientes tuvieron secuelas secundarias a el maltrato. (Tabla 10).

Tabla 10. Seguimiento posterior al alta hospitalaria		
Variable	Frecuencia n=73	Porcentaje
Consultas subsecuentes	49	67.1
Defunción	3	4.1
Secuelas	20	27.4

14. DISCUSIÓN:

La Organización Panamericana de la Salud en su revisión sistemática en el 2017 posiciona a México en el noveno país de América Latina y el Caribe en maltrato físico. De acuerdo a la UNICEF 2010, México ocupa los primeros lugares en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años infringidos por sus padres; en el estudio “Violencia Infantil”, UNICEF destaca que más de 700 niños son asesinados en México cada año, lo que implica dos homicidios diarios (24). A pesar de una comprensión cada vez mayor del impacto de los traumas emocionales y del abuso físico en los niños, los médicos y los hospitales aún a veces pasan por alto el diagnóstico de maltrato infantil en América Latina. Esto nos demuestra que el conocimiento e identificación de características clínicas y demográficas del maltrato infantil, pueden hacer la diferencia para su identificación temprana, realizando el diagnóstico a tiempo y finalmente logrando una prevención de la alta morbilidad y mortalidad ya documentada en nuestro país.

En este estudio, la población de niños con diagnóstico de maltrato infantil atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante 10 años (2000-2016) fue de 73 pacientes; a pesar de ser una de las patologías más frecuentes en el país, el tamaño de la muestra en este estudio fue pequeña, sin embargo por tratarse el HIMFG una institución de tercer nivel de atención médica, con criterios de selección estrictos para su ingreso y con población crónica con altas comorbilidades, produce un sesgo en el número real de pacientes valorados por maltrato infantil en otros hospitales de primer y segundo nivel de atención en el que esta patología se muestra más frecuente.

El sexo más afectado fue el femenino con 65.8%, con una relación mujer:hombre 1.9:1. Dentro de los grupos etarios los lactantes (30 días a 2 años 11 meses) con un 50.7% fueron los más perjudicados, semejante a lo reportado por la literatura, esto se explica debido a que, cuanto más pequeño es el niño, menores son las posibilidades de defenderse de las agresiones y mayor es la dependencia que tiene de los cuidadores para subsistir.

Los resultados de este estudio muestran que de los tipos de maltrato infantil, el más frecuente fue el físico con un 80.8%, seguido de abuso sexual. Es de suma importancia que se tome en cuenta este dato, puesto que trabajos previos evidencian que el maltrato físico, junto con el abuso sexual, son los dos tipos de maltrato con efectos negativos más graves a largo plazo. Por

ejemplo Mass y cols. (2008) reportan que el maltrato físico en la infancia es el tipo de violencia que con mayor intensidad se asocia a conductas agresivas y violentas en la edad adulta, lo que nos hace pensar que este tipo de fenómenos generarán una transmisión generacional de la violencia, que se puede prevenir.

Como aspecto destacable en esta revisión se observó que arriba del cincuenta por ciento de los niños sufrieron más de un tipo de maltrato, siempre asociado a lesiones físicas. Como el menos frecuente, se reporta el maltrato emocional con un 2.7%, es probable que no se muestre en este estudio mayor prevalencia, debido a su existencia encubierta, que a diferencia del maltrato físico, éste no muestra secuelas corporales, provocando retraso en el diagnóstico, mayor riesgo de cronicidad e incremento de sus efectos adversos a largo plazo.

Con referencia a los factores de riesgo en pacientes maltratados, en este estudio se encontró dentro de los factores individuales, ser primogénito (46.6%), presentar algún antecedente de enfermedad crónica (34.2%) y discapacidad (13.7%). En lo referente a la discapacidad, si bien puede verse sesgado por el tipo de pacientes que se manejan en esta institución, se ha demostrado la relación directa de éste con el incremento de violencia física; Perrigo JL y cols. (2018), estudiaron pacientes con retrasos en el desarrollo cognitivo, de lenguaje y adaptativo demostrando que los niños con múltiples retrasos tenían probabilidad 4.73 veces más de sufrir abuso y negligencia infantil que los niños con desarrollo normal.

Uno de los factores de riesgo más importante en el maltrato infantil fue el familiar, en este estudio se encontró que más de la mitad de las familias contaban con la presencia de un solo padre como familia nuclear no integrada y hasta el 73.2% se trató de una familia disfuncional. La figura de la madre como única responsable, que debe enfrentar exigencias como jefa de hogar y cuyas soluciones se ven dificultadas por su propia desinserción en las redes de socialización (educación, culturales, de trabajo), la vuelve una figura vulnerable que puede caer fácilmente en la desesperanza y la poca tolerancia, favoreciendo el maltrato. Marina Muñoz y cols. (2008), describieron los factores de riesgo y de protección el maltrato infantil en niños mexicanos donde demuestran que el vínculo familiar negativo incrementa la probabilidad de maltrato, concordando con lo encontrado en nuestro estudio.

Aunado a esto, se observó que en 73.9% de las víctimas, los padres cuentan con alguna toxicomanía, siendo la más frecuente el alcoholismo, lo que es importante remarcar, debido a

que en 2005 se demostró en un estudio realizado por Abuna, que el riesgo de muerte por maltrato infantil bajo los efectos del alcohol se duplica.

Es importante mencionar que el 24.7% de los padres de niños maltratados en este estudio tiene antecedente de maltrato en la infancia; la Organización Mundial de la Salud en el 2016, menciona que una cuarta parte de todos los adultos refiere haber sufrido maltrato físico en su infancia sin haber sido detectada.

En casi la mitad de los pacientes, se observó la interrelación de los factores de riesgo, presentando en la mayoría 2 o 3 grupos de factores, siendo los más frecuentes familiar y ambiental. El estrato socioeconómico más afectado fue el bajo con un 86.3% del total de la muestra, sin embargo esto puede verse sesgado por el tipo población valorada en el Hospital Infantil de México.

De acuerdo al Sistema Nacional para el Desarrollo Infantil de la Familia (DIF), los principales responsable del maltrato suelen ser, en orden de frecuencia: la madre, el padre, ambos padres, padrastro, madrastra, tíos y abuelos.(25) En este estudio, se encontró que el padre y la madre ocupan el primer y segundo lugar respectivamente con el 13.7% y 12.3% de frecuencia con mínima diferencia; sin embargo, es importante destacar que en un gran porcentaje (56.2%) no se logró identificar el maltratador. Debido a que la mayoría de los niños maltratados son devueltos a sus progenitores, muchos casos terminan con la muerte del menor por las lesiones infringidas. Lo que nos hace reflexionar, que si en más de la mitad de los pacientes de la muestra no se identifica al agresor, existe el riesgo de una nueva exposición al mismo posterior al alta hospitalaria. De hecho, en este estudio se encontró que el 83.6% de los pacientes tuvieron antecedente de consulta previa por violencia, interpretándose que el ingreso en el que se diagnosticó el maltrato infantil fue el segundo reingreso hospitalario, lo que nos pone en alerta de la no identificación de maltrato infantil al primer contacto, aumentando así la morbilidad y mortalidad en el niño. Mohammed y cols (2008) mencionan que un niño maltratado tiene aproximadamente una probabilidad del 50% de ser abusado de nuevo y tiene un mayor riesgo de morir si el abusador no se detecta y no se detuvo después de la primera presentación.

(16)

Se observó que el médico de primer contacto en el servicio de urgencias detectó hasta en un 67.1% de las veces los datos clínicos característicos de maltrato infantil, este dato no coincide con estudios antes publicado, por ejemplo Tovar Domínguez y cols. (2016), describieron las características de pacientes con maltrato infantil en el municipio de Huichapan, Hgo. donde se observó que la madre es la primera en identificar el maltrato. (26)

Los hallazgos del análisis epidemiológico mostraron diversas causas de admisión al departamento de urgencias, siendo el más frecuente el diagnóstico de maltrato infantil en 21.9%, seguido de trauma craneoencefálico 16.4%, y en similar frecuencia abuso sexual 11%, fracturas óseas 11% y desnutrición 11%.

En cuanto a las lesiones más comunes en la exploración física, este estudio es comparable con las descritas por la Academia Americana de Pediatría en la guía de evaluación de sospecha de maltrato físico infantil en su actualización 2015, donde se describe a la equimosis como principal lesión centinela, mencionando con énfasis la búsqueda de estas a través de la nemotecnia TEN4, concordando con este estudio donde se encontró en primer lugar las lesiones mucocutáneas con 93.1%, dentro de estas, la equimosis como lesión más frecuente; sin embargo no especificamos la localización de las equimosis, por lo que no es posible correlacionar con lo descrito en esta literatura. La segunda lesión encontrada con un 58.9% fueron las lesiones musculoesqueléticas, principalmente edema, aumento de volumen y fracturas, similar a lo descrito por la AAP, en donde se menciona que la presencia de múltiples fracturas, fracturas en diferentes etapas de cicatrización y asociación con lesiones en piel apoya la sospecha de maltrato infantil, diferenciando estas lesiones de las no infringidas, como lo presentado en nuestros pacientes.

El 23.2% de los pacientes presentaron trauma cráneoencefálico, dentro de las lesiones encontradas el 5.4% presentan fractura de cráneo, 4.1% hemorragia subaracnoidea y 1.3% hematoma subdural.

Llama la atención que más de la mitad de los pacientes además de presentar lesiones físicas, tuvieron algún grado de desnutrición, hasta el 60%, asociada al maltrato físico por omisión o abandono físico que en esta serie fue 8.2% de la muestra.

El abuso sexual se presentó en 24.7% de los casos, las más afectadas fueron las mujeres con un 66.6% similar a lo reportado por la literatura, siendo el grupo etario más afectado los preescolares 33.3%, seguido de lactantes con 27.7%, no concordante con la literatura que menciona que es más frecuente en edad escolar principalmente de 10 a 14 años.

La mortalidad mostrada en este estudio fue del 4.1% con 3 pacientes, todos ellos del sexo masculino, 2 que ingresaron con muerte al arribo, y todos con diagnóstico previo de maltrato infantil; 2 de estos pacientes tenían diagnóstico de enfermedad crónica y 1 paciente previamente sano con TCE grave, el grupo etario de mayor mortalidad fueron los escolares con un 66.6%.

El 27.4% de los casos presentaron algún tipo de secuela, principalmente secuelas neurológicas secundarias a TCE seguidas de las psiquiátricas y psicosociales. Jiménez y colaboradores, describen una alta morbilidad ocasionada por el maltrato físico, reportan que más de 10% de los niños con retraso mental y parálisis cerebral es debida a maltrato; 30% padece déficit cognitivo o de lenguaje; 22% trastornos de la memoria y aprendizaje, dichas alteraciones están relacionadas principalmente con TCE, como se observó en nuestro estudio, sin embargo en esta muestra no se especifica el tipo, ni la frecuencia de cada secuela.

La Academia Americana de Pediatría menciona que más de la mitad de los niños abusados sexualmente no revelan su abuso hasta la edad adulta, teniendo impacto negativo en la salud mental y física. En el seguimiento de los pacientes posterior al diagnóstico en este estudio, se observó que del 67% de estos, más de una tercera parte presentan secuelas psiquiátricas, siendo la más común depresión.

Como hallazgo adicional durante el estudio, se evidenció que el abordaje diagnóstico no se realiza adecuadamente, aunque no se estudió detalladamente para poder realizar una comparación y discusión, se observó por ejemplo que solo 8 pacientes de los 73 incluidos en el estudio fueron valorados por Oftalmología y únicamente al 2.7% se refieren la realización de radiografías de huesos largos en la historia clínica, debido a que no se cuenta con reporte escrito en expediente clínico, no se puede corroborar la realización de este. Existen guías internacionales como las guías NICE 2009, la guía de práctica clínica de CENETEC, o algoritmos de manejo realizados por hospitales pediátricos como el Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) y las descritas por la Academia Americana de Pediatría donde se

evidencia el abordaje y seguimiento del maltrato infantil. En nuestra Institución en el servicio de Urgencias, contamos con manual de procedimientos para el abordaje de paciente y/o familiar que ha sido o está siendo sujeto de maltrato o agresión con última actualización en noviembre del 2011, sin embargo no se detalla las características precisas para la identificación de maltrato infantil, por lo que consideramos que es importante que la Institución cuente con una herramienta que dirija el abordaje en paciente con maltrato infantil, ayudando así al diagnóstico e intervención temprana.

El maltrato infantil es un problema frecuente y grave, que deja secuelas a corto y largo plazo y afecta la salud futura de la persona y su descendencia. El personal de salud se encuentra en una posición privilegiada para la identificación de pacientes con factores de riesgo e identificación de señales de abuso, por lo que consideramos que el presente estudio, puede ayudar a los pediatras a identificar o sospechar la presencia de maltrato infantil con base en las características clínicas y demográficas ya descritas.

15. CONCLUSIONES:

Como conclusión, en este estudio, se demuestra que las características clínicas y demográficas del maltrato infantil en la población del HIMFG son similares a las ya reportadas en la literatura, predominando la afección en el sexo femenino, como principal grupo etario afectado los lactantes. Se encuentra que el maltrato infantil más común presentado es el físico, predominando las lesiones mucocutáneas y musculoesqueléticas, así como la presencia de TCE, siendo una oportunidad para los médicos, que al tratarse en su mayoría de lesiones clínicamente evidentes, nos facilita el diagnóstico temprano. En más de la mitad de los pacientes se presentan más de 1 tipo de maltrato, por lo que es importante siempre buscar intencionadamente la asociación con otro tipo de violencia. Un aspecto crucial observado en el estudio, es la influencia de la presencia de factores de riesgos en el aspecto familiar, observándose tres cuartas partes de los pacientes con una familia nuclear no integrada, así como antecedente de maltrato infantil en los padres y toxicomanías de los mismo, duplicando los riesgos de mortalidad; asociado a estas características se demostró que la madre y el padre fueron los principales agresores; sin embargo en más del 50% de los pacientes no se logra identificar el perpetrador, provocando que al alta hospitalaria lo pacientes sean devueltos a sus progenitores, incrementando el riesgo de nueva exposición al agresor e incremento de morbimortalidad.

Un punto destacable observado en este estudio, es el antecedente de por lo menos un ingreso previo a hospitalización por violencia física en más del 80% de los pacientes, sin haber sido detectado previamente, lo que demuestra que el médico de primer contacto no se encuentra capacitado para el reconocimiento de estas lesiones, dejando oportunidades perdidas y dando pie a que en la segunda visita incrementen la gravedad de las lesiones e incrementa la mortalidad del niño.

Casi un tercio de los pacientes presentan secuelas secundarias, tratándose en su mayoría de trastornos neurológicos, retraso en el desarrollo y trastornos psiquiátricos. La mortalidad presentada es secundaria en su mayoría a traumatismo craneoencefálico grave, como sexo predominante el masculino.

Se observó que el abordaje diagnóstico no se realiza adecuadamente tal vez debido a que no se cuenta con una herramienta diagnóstica estandarizada, aumentando las posibilidades de pasar por alto el diagnóstico de maltrato.

El maltrato infantil es un problema común y grave en nuestro país, que deja secuelas importantes tanto físicas como psicológicas, de manera crónica. El manejo del abuso infantil es una de las responsabilidades más desafiantes e inquietantes en pediatría, por lo que es crucial que los médicos pediatras cuenten con todo el conocimiento necesario para reconocer el abuso infantil y poder intervenir a tiempo para el manejo y prevención del mismo, favoreciendo la disminución de la importante morbilidad y mortalidad asociada a esta patología.

16. LIMITACION DEL ESTUDIO:

Debido a que se obtienen datos extraídos de expedientes clínicos y no directamente del paciente, existen sesgos en la extracción de la información obtenida. Al tratarse de un estudio transversal puede ocurrir sesgo de información por el cambio de nivel de exposición a través del tiempo, debido a que la información obtenida es de 18 años atrás.

17. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES-AÑO					
	Julio-2016	Agosto-2016	Septiembre-diciembre 2016	Enero-Junio 2017	Julio-Diciembre 2017	Enero-Febrero 2018
Elección del tema	X					
Autorización del tema		X				
Revisión bibliográfica			X			
Elaboración de protocolo			X			
Autorización de protocolo			X			
Recolección de datos				X		
Análisis de datos					X	
Elaboración de tesis					X	
Autorización de impresión de tesis						X
Tesis terminada						X

17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1-BAUDEZ, C. y PICASSO, S., "Las ciudades perdidas de los mayas", Barcelona, Ediciones B, 1999 CARRASCO, D., "Los aztecas: una breve introducción", Madrid, Alianza Editorial, 2013

2-Clinica de atención integral al Niño maltratado, Instituto Nacional de Pediatría, en <http://www.pediatria.gob.mx.cainm/cainmantecede.html>

3- Sandeep K. Narang, MD, JD, John D. Melville, MD Legal Issues in Child Maltreatment. *Pediatr Clin N Am* 61 (2014) 1049–1058

4-Howard Dubowitz, MD, MS, Preventing Child Neglect and Physical Abuse: A Role for Pediatricians. *Vol.23 No.6 June 2012*

5- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information: Children and Domestic Violence <http://nccanch.acf.hhs.gov> Accessed August 10, 2005

6- ELISABETH GUENTHER, MD, MPH, STACEY KNIGHT, MSTAT Prediction of Child Abuse Risk from Emergency Department. Jul 23, 2008.

7- National Center on Child Abuse, Neglect. NCCAN data system, vol. 2. Washington, DC: Government Printing Office; 1991.

8- The Evaluation of Suspected Child. Physical Abuse. Cindy W. Christian, MD, FAAP, COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. *PEDIATRICS* (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).

9- Maltrato infantil. Organización mundial de la salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>. Septiembre 2016

10- Informe Nacional Sobre Violencia y Salud, Rafael Lozano Asencio, 2016, México, UNICEF,

11. RECONOCIMIENTO Y REPORTE DE ABUSO INFANTIL Guía de auto-estudio para personas que trabajan con menores. Jackie Reilly, M.S., Especialista en desarrollo infantil y juvenil. Sally Martin, Ph.D., Especialista del departamento de extensión del estado. Estudios sobre el desarrollo humano y la familia. 2011

12. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, Droegemueller W y Silver H. The battered child syndrome. *JAMA*. 1962; 181:17-24.

13. Gómez-Ramos L, Ramírez M, Martínez-Flores CM. Traumatismo craneoencefálico en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional " 1° de Octubre", ISSSTE. *Rev Esp Med Quir*. 2004; 9: 40-6.

14. Fernández Méndez, Características clínicas y sociales de los pacientes con diagnóstico de maltrato infantil atendidos en la Clínica de Prevención de Maltrato Infantil en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, UNAM 2009, proyecto de tesis titulación Especialidad de Pediatría

15. GARDUNO-HERNANDEZ, Florentino. Traumatismo craneoencefálico en niños: Mecanismos

de la lesión primaria. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online]. 2008, vol.65, n.2, pp.148-153. ISSN 1665-1146.

16. Peck MD, Priolo-Kapel D (2002) Child abuse by burning: a review of the literature and an algorithm for medical investigations. J Trauma 53:1013–1022.

17. Mohammed AlJasser & Sultan Al-Khenaizan. Cutaneous mimickers of child abuse: a primer for pediatricians. Eur J Pediatr (2008) 167:1221–1230

18. Emalee G. Flaherty, MD, Jeannette M. Perez-Rossello, Evaluating Children With Fractures for Child Physical Abuse. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. American Academy of Pediatrics. PEDIATRICS Volume 133, Number 2, February 2014

19. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Childhood Maltreatment and Psychological Well-Being in Later Life: The Mediating Effect of Contemporary Relationships with the Abusive Parent. 2017 Apr 26.

20. Turner W, Hester M, Broad J, Interventions to Improve the Response of Professionals to Children Exposed to Domestic Violence and Abuse: A Systematic Review. Rev. 2017 Jan-Feb;26(1):19-39. doi: 10.1002/car.2385. Epub 2015 Jun 29.

21. Hiroshi NISHIMOTO. Recent Progress and Future Issues in the Management of Abusive Head Trauma. Neurologia medico-chirurgica Advance Publication Date: March 23, 2015

22. Melissa Jimenez, MD, Allison M. Jackson, MD, MPH, and Katherine Deye, MD, Aspects of Abuse: Commercial Sexual Exploitation of Children. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 1-6

23. Abuná SLJ, Pimienta CAM. **Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol.** Rev Latino Am Enfermagem 2005; 13:827-35.

24. Documento “Extracto del informe nacional sobre violencia y salud” p.31 consultado el 19 de enero del 2010. [http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III\(2\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(2).pdf)

25. Estadísticas 2008 <http://procuradurias.dif.gob.mx/Procuraduria/Inicio.aspx>

26. A. Tovar 2016, El maltrato infantil desde la voz de la niñez, Rev. Mex. Cienc. Agríc vol.7 no.1 Texcoco.<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script>

27. Daniel Lindberg , Kathi Makoroff. Utility of Hepatic Transaminases to Recognize Abuse in Children. 2009 por la Academia Americana de Pediatría

28. J. Wood, MD, C. Christian, MD. Pathway for Evaluation/Treatment of Children with Physical Abuse Concerns. November 2010

29. Zimmerman F, Mercy JA. A better start. Child maltreatment prevention as a public health priority. Zero to three 2010;may:4-10.

30. Nancy D. Kellogg, MD. Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. American Academy of Pediatrics. www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-0883

31. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. Pediatrics. 2005;

115(3). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/3/e331

32. Emalee G. Flaherty, MD, Jeannette M. Perez-Rosello, MD. Evaluating Children With Fractures for Child Physical Abuse. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. American Academy of Pediatrics. PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275)

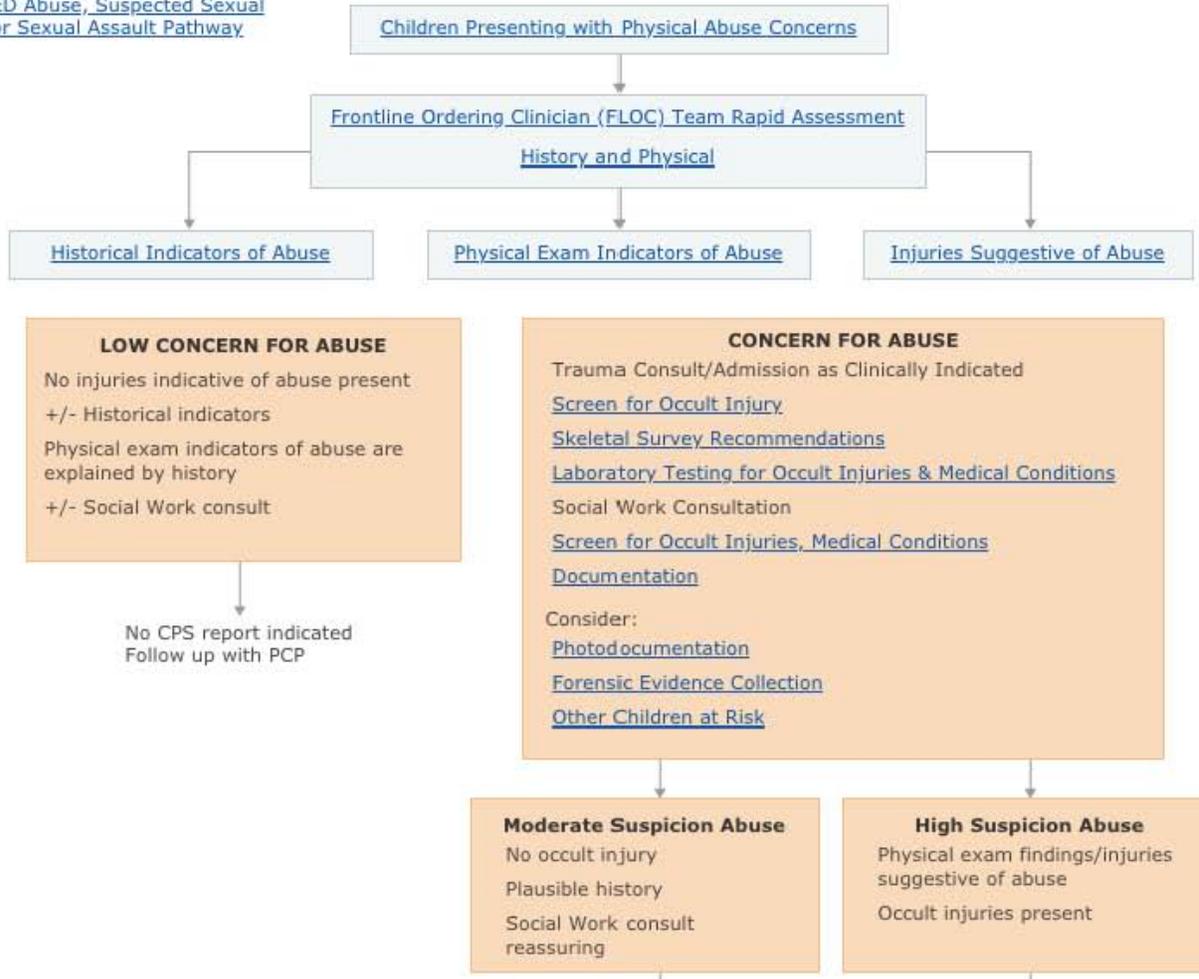
19. ANEXOS

Related Pathways:

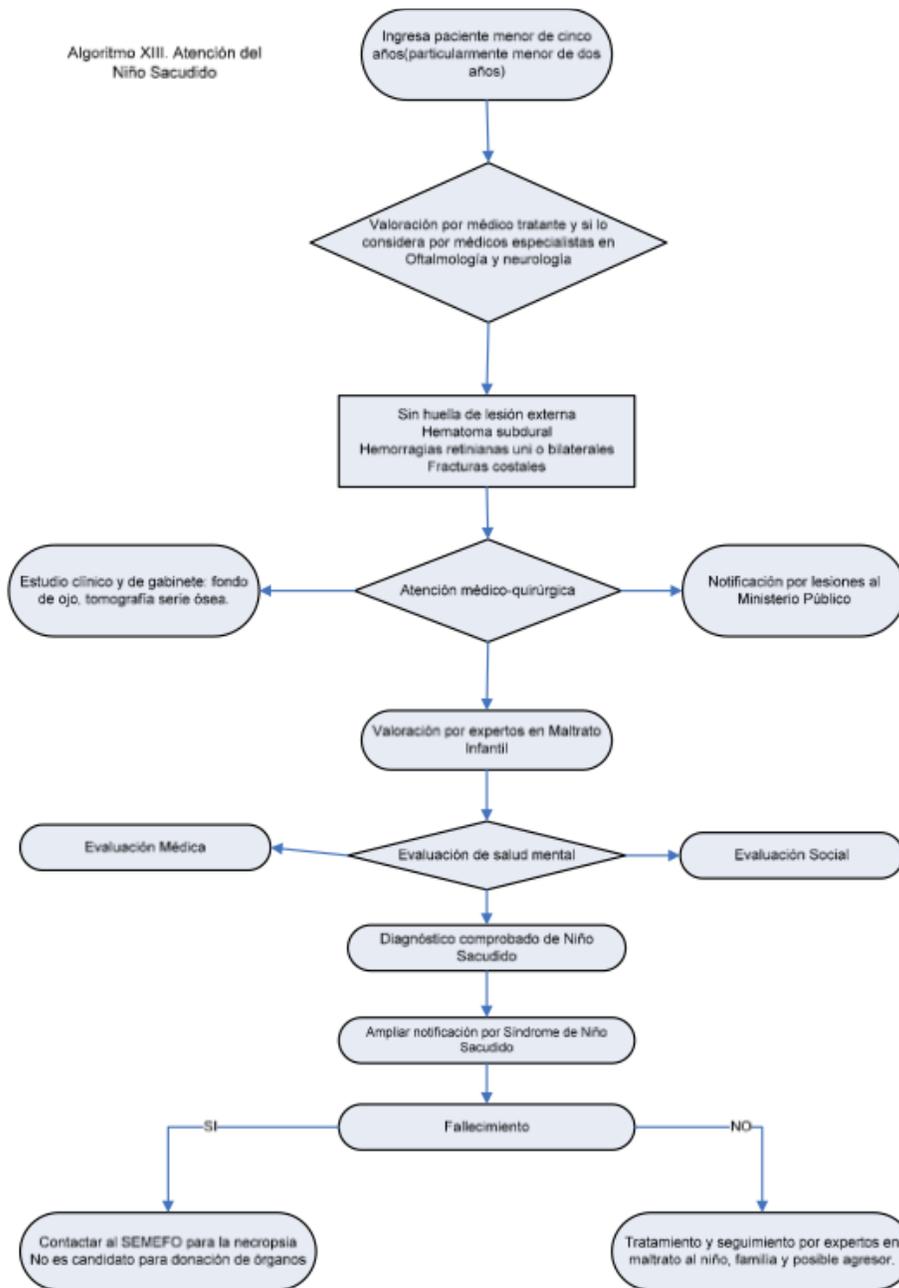
[ED Acute Head Trauma Pathway](#)

[ED Abuse, Suspected Sexual or Sexual Assault Pathway](#)

ED Pathway for Evaluation/Treatment of Children with Physical Abuse Concerns



Algoritmo XIII. Atención del Niño Sacudido





MÚLTIPLES HEMATOMAS EN DIFERENTE ESTADIOS



LESIONES POR GOLPES



HUELLAS DE MALTRATO



QUEMADURA EN GUANTE



MECANISMO DE LESION DEL "SINDROME DE NIÑO SACUDIDO"



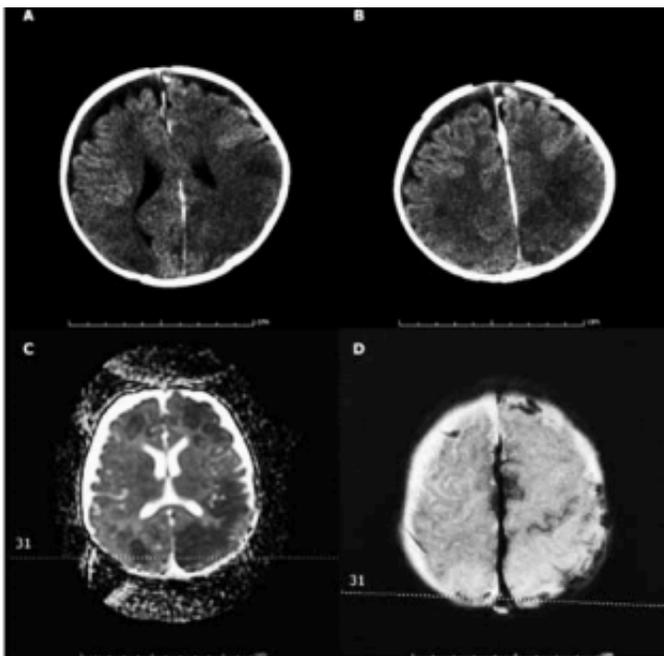
FRACTURA OBLICUA EN LA DIAFISIS PROXIMAL DEL HUMERO Y FRACTURA EN ASA DE BALDE DE LA METAFISIS DISTAL, ASOCIADA CON ABUSO FISICO.



HEMORRAGIAS RETINIANA



PACIENTE CON DESNUTRICION



HEMATOMA SUBDURAL E INFARTO CEREBRAL