



RESUMEN

Objetivo. Establecer el diagnóstico diferencial entre maltrato físico, abuso sexual y negligencia, con lesiones accidentales en niños, niñas y adolescentes hasta los 15 años, que acuden al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Métodos y Materiales. Estudio cuantitativo, prospectivo, transversal y descriptivo.

Se utilizó un formulario y la entrevista personal con los acompañantes y pacientes que llegaron al servicio de emergencia del hospital Vicente Corral Moscoso, así como un examen físico completo, enfatizando en las zonas en donde se encontraban las lesiones físicas.

Resultados.

La muestra total fue de 826 casos. En la edad escolar las lesiones accidentales se presentaron en un 46.97 y las relacionadas con alguna forma de maltrato fueron en un 6.24%, presentándose la mayoría en el sexo masculino con un 6.17%. Entre los factores de riesgo con mayor incidencia para la presencia de formas de maltrato tenemos: el embarazo no planificado con un 47.1 %, la edad del padre en mas de 31 años con un 4.11%, los problemas entre la pareja con un 6.90% y el alcohol con un 7.62%. Es importante señalar que el mal desempeño no es un factor de riesgo predominante para maltrato pues solo se presentó en un 27.1%, Las lesiones que más se relacionaron con formas de maltrato fueron las cutáneas con un 2.30 % del total, hematomas a nivel de genitales y ano son lesiones sugerentes de maltrato con un 0.36%, consulta tardía de las lesiones en mas de 10 días representan un 0.73% que representa un valor importante si observamos el cuadro o grafico correspondiente.



Conclusiones.

El 8.72% de los casos que estuvieron relacionados con alguna forma de maltrato resultaron positivos y de estos el maltrato físico fue el más común con un 4.48%.

Palabras Claves: ADOLESCENTES, NIÑO, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, HERIDAS Y TRAUMATISMOS-DIAGNOSTICO, EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RIESGO, SIGNOS Y SINTOMAS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT

OBJECTIVE:

Differential diagnosis between physical abuse, sexual abuse and neglect of accidental injuries in children and adolescents up to 15 years attending the pediatric emergency service Vicente Corral Moscoso Hospital.

METHODS AND MATERIALS:

Quantitative study, prospective, transversal and descriptive.

They use a form and personal interview with the coach, and patients who arrived at hospital emergency service Vicente Corral Moscoso, and a complete physical examination and emphasizing areas where they were physical injuries.

RESULTS:

The total sample for this research was considered of 826 cases. At school age accidental injury occurred in 46.97% and those related to some form of abuse were at 6.24%, occurring mostly in males, with a 6.17%. Among the risk factors with the highest incidence for the presence of forms of abuse are: unplanned pregnancy with 47.1%, age of father in more than 31 years with a 4.11%, the problems between the couple with a 6.90% and alcohol with 7.62%. Importantly, poor performance is not a predominant risk factor for abuse only occurred in 27.1%, most injuries were related to forms of abuse were the skin with a 2.30% of total genital bruising level and anal lesions are suggestive of abuse with a 0.36% late-stage lesions in more than 10



days represent a 0.73% which represents an important value if you look at the picture or graphic.

CONCLUSIONS:

The 8.72% of the cases were related to some form of abuse of these were positive and physical abuse was the most common with a 4.48%

Keywords: ADOLESCENT, CHILD, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, WOUNDS AND INJURIES-diagnosis, epidemiology, risk factors, signs and symptoms, Vincent Corral Moscoso Hospital, Cuenca, ECUADOR.



INDICE

I.	INTRODUCCIÓN:	18
	Planteamiento del problema	19
	Justificación	20
II.	MARCO TEÓRICO:	23
	Antecedentes históricos	23
	Epidemiología del maltrato	24
	Causas de maltrato	29
	Tipos de maltrato	30
	Tipos de lesiones	35
	Factores de riesgo	45
	Manifestaciones clínicas	48
	Diagnóstico de maltrato	48
	Manejo en la unidad de emergencia	59
	Complicaciones y secuelas	62
III.	OBJETIVOS:	64
	Objetivo General	64
	Objetivo Específico	64
IV.	DISEÑO METODOLÓGICO:	65
	Tipo de estudio	65



Área de estudio	65
Operacionalización de las variables	66
Métodos, técnicas e instrumentos	70
Universo y muestra	70
Procedimientos para la recolección	71
Consideraciones éticas	72
Plan de tabulación y análisis	73
V. RESULTADOS Y ANALISIS	76
VI. DISCUSIÓN	112
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	115
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
IX. ANEXOS	123



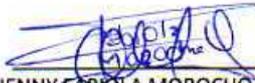
UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, JENNY FABIOLA MOROCHO QUIZHPI, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.


JENNY FABIOLA MOROCHO QUIZHPI
C.I. 010436001-1

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES7



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, JENNY FABIOLA MOROCHO QUIZHPI, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de MEDICO. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

JENNY FABIOLA MOROCHO QUIZHPI
C.I. 010436001-1

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, GABRIELA MERCEDES MONTESDEOCA CABRERA, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

GABRIELA MERCEDES MONTESDEOCA CABRERA
C.I. 0104710496

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES9



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, GABRIELA MERCEDES MONTESDEOCA CABRERA, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de MEDICO. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

GABRIELA MERCEDES MONTESDEOCA CABRERA
C.I. 0104710496



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de MEDICO. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES
CI. 171998769-3

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



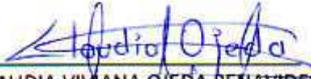
UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.


CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES
CI. 171998769-3

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES12



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

USO DE INDICADORES CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL ENTRE MALTRATO Y ACCIDENTES EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES HASTA LOS 15 AÑOS QUE ACUDEN A EMERGENCIA
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2011.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTORAS:

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES

DIRECTOR:

DR. HUGO CALLE GALÁN

CUENCA- ECUADOR

2012



AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer en primer lugar a Dios por guiarnos espiritualmente en el trayecto no sólo de este trabajo, también en toda nuestra carrera universitaria.

En segundo lugar al Dr. Hugo Calle, nuestro director y asesor de tesis, por permitirnos empezar y ser guía de nuestro estudio, además de toda la paciencia que nos brindó cuando más la necesitábamos; además de ser un ejemplo de médico para nosotras, por demostrar tanto empeño en esta investigación que no solo nos beneficiará a nosotros sino a todos los pacientes pediátricos que sufran de algún tipo de violencia.

Nunca podemos dejar de lado a nuestras familias que son el apoyo incondicional, diario y lleno de amor que nos dan la fuerza necesaria diaria y en todo nuestro camino. Que nos han apoyado no solo en los momentos buenos sino en las muchas y difíciles situaciones. Gracias por ser nuestros ángeles.

Las autoras



DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis papis, que son la razón por la que continuo día a día, por ser los Ángeles que han estado conmigo desde niña, apoyándome, incentivándome y sobre todo acompañándome en todos los pasos que he dado, y si he fallado han sabido perdonar mis errores, que con su ejemplo y amor han logrado que la niña que un día tuvieron en sus brazos hoy sea la mujer que esta cumpliendo una más de sus tantas metas. A mi papi Jaime que aunque no esté conmigo físicamente, continúa a mi lado espiritualmente y a mi mami Ana por estar siempre ahí cuando la necesito por siempre demostrarme cuanto me ama. A los dos se los dedico por nunca enseñarme a rendirme ante nada ni nadie. Los amo.

A mis hermanos Christian y Karen, por ser mas que mis hermanos, por ser mis amigos, que han estado ahí siempre conmigo, superando juntos las adversidades que la vida nos ha presentado. Por enseñarme día a día cosas que aún me faltan por aprender, por el amor que siempre están dispuestos a darme.

JENNY



DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen de Guadalupe por ser mis guías espirituales en todo momento y orientarme en el camino para conseguir la meta de mi vocación.

A mis padres por ser el apoyo que he tenido en todo momento, pues ellos me inculcaron los valores de responsabilidad, perseverancia, dedicación para así conseguir todas mis metas.

A mi esposo y a mi hija por ser quienes llenan de ilusión y alegría mi día a día y me dan las fuerzas que necesito para no detenerme ante nada y seguir adelante para ser un ejemplo y orgullo para ellos.

A mis hermanos Johanna y Fernando por estar siempre a mi lado cuando más los he necesitado y por su cariño infalible.

Y a mi abuelita Blanca y mis tías Dolores y Jesús por su cariño desmedido y apoyo incondicional desde que inicie mi carrera, pues siempre confiaron en mí.

GABY



DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por ser mi guía y amigo infaltable, por escuchar mis oraciones y sobre todo por permitirme culminar mi carrera mediante este proyecto.

Sin el apoyo de los que nos quieren y nos rodean, la vida diaria sería complicada y difícil, por esa razón sin el amor, apoyo y fuerza que mis padres y mi hermana me han dado durante todo el proceso de este trabajo, no lo hubiera logrado. Ellos son la mitad de mi vida, y por eso a través de esta tesis quiero agradecerles y mostrarles que su sacrificio y entrega a valido la pena. Gracias Adriana, Hilda y Raúl por ser mi fuerza, mi ejemplo de perseverancia, trabajo y la razón de mi vida, por ser los ángeles que Dios a puesto en mi camino.

Además quiero dedicar este trabajo a nuestro Director y Asesor de tesis: Dr. Hugo Calle por la paciencia que nos supo prestar además de todo el apoyo incondicional que nos dió, el mismo que nos abrió el camino para ser nuestro guía cuando en un inicio nadie nos quería ayudar.

CLAUDIA



I. INTRODUCCIÓN

A pesar de las medidas en prevención primaria, secundaria y terciaria de los profesionales que trabajan en los sectores de salud, educación y otros se ha desarrollado en nuestra ciudad, el problema del Maltrato a niñas, niños y adolescentes. En el área de la salud, existe poca preocupación sobre este problema, hasta tal punto que en los hospitales públicos y privados no se han incrementado los espacios para la atención de estos casos. De igual forma los aspectos investigativos no se han desarrollado completamente.

En el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Docente Asistencial “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca Ecuador, la demanda por casos de trauma y otros tipo de lesiones tiene una alta incidencia, sin embargo no existe un instrumento que discrimine aquellos casos que son de un origen accidental de aquellos que no lo son, es decir que pueden ser producto de malos tratos a la población infantil y adolescente.

Los accidentes son una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil. La mayoría de lesiones y muertes por accidentes se producen en el hogar, las calles, el colegio o los lugares de recreación.

El **Maltrato infantil** es... “toda violencia, abuso físico o sexual, malos tratos, descuido o trato negligente de cualquier menor que se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier persona o institución que lo tenga a su cargo”.

Los “**indicadores**”, son características que nos permiten determinar si existe o no maltrato al menor, son múltiples y se les puede agrupar en:

- Indicadores de maltrato físico (lesiones cutáneas, óseas, neurológicas, antigüedad de las lesiones)



- Indicadores de abuso sexual (ropa ensangrentada, dificultad para sentarse, caminar, lesiones en ano o genitales)
- Indicadores de maltrato emocional (enfermedades psicosomáticas de los niños, desconfianza hacia los adultos, comportamiento alterado del niño)

Todos estos indicadores son muy útiles para una conducta médica y terapéutica adecuada.

A pesar de que muchas veces, ciertos tipos de lesiones son muy notorias de que son de origen voluntaria y no consecuencia de un accidente; los médicos creen lo que les dicen y no se preocupan por realizar una investigación más a fondo de cada caso, pues su conocimiento sobre el tema es poco o nulo y no podrán derivar al paciente al personal adecuado para cada caso.

Esta situación nos ha motivado a **crear un formulario más completo** que el que maneja el AIEPI, y así poder aproximarnos y, corroborar estos casos de maltrato infantil, para que sean considerados en el *equipo del Maltrato Infantil del Hospital Vicente Corral Moscoso* con fines de intervención y seguimiento, dada la trascendencia que este problema representa en el ulterior desarrollo de los niños y niñas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reporte estadístico sobre la atención de niños, niñas y adolescentes con algún tipo de trauma físico que acuden al servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Vicente Corral M, revela una alta incidencia del mismo. Sin embargo no existe un protocolo que clasifique en forma lógica las lesiones, evalúe su gravedad y, sobre todo proporcione “**indicadores**” para hacer la diferenciación entre lesiones accidentales (accidentes- no maltrato) y las no accidentales (maltrato).

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES19



Es muy poca la información que se tiene sobre este tema en nuestro medio, pues existe un importante subregistro de la incidencia de maltrato en los menores por la falta de denuncia de estos casos. Son muchas las interrogantes que todavía no se han podido responder sobre el mismo, lo que ocasiona que existan muchos vacíos en los profesionales y no puedan dar una adecuada atención.

El problema se agrava cuando comprendemos que la “**omisión del diagnóstico**”, constituye ya un tipo de maltrato, el institucional y en consecuencia los pacientes víctimas de este problema tienen un riesgo alto de volver a sufrirlo si no existe un seguimiento y un adecuado correctivo en las áreas que estén facilitando la producción de los factores de riesgo. Todo esto se suma a que como ciudadanos y profesionales estamos en la obligación de conocer y facilitar la ejecución del Código de la Niñez y Adolescencia en vigencia desde hace 5 años.

JUSTIFICACIÓN

Detectar que un menor ha sido maltratado no siempre resulta fácil.

Este trabajo tiene el objetivo de “**proporcionar un instrumento práctico que permita dotar a los profesionales y personal de salud que trabaja en el área de emergencia Pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso, de los conocimientos básicos necesarios para la detección precoz del maltrato infantil**”. Para ello, se describen los **indicadores** físicos y comportamentales que puede presentar un niño/adolescente maltratado y los **indicadores** comportamentales y actitudes que pueden presentar los padres/cuidadores maltratadores en los principales tipos de maltrato: físico, sexual, negligencia/abandono y emocional.



Además de realizar una detección precoz, vamos a **prevenir** que los niños que fueron identificados como víctimas de maltrato, puedan ser derivados a un centro de protección como el DINAPEN o al equipo de trabajo social del Hospital Vicente Corral Moscoso, y no ser enviados nuevamente a manos de los agresores y lugar donde reciben maltrato de cualquier tipo.

Se tienen muchas dudas y sobre todo miedo de realizar un diagnóstico de maltrato, ya que muchas veces las lesiones “*si puede ser de causa accidental*” y juzgar de manera no justificada a la persona que lo trae o de donde proviene. Pero al tener un documento que permita al personal del salud de emergencia, científicamente determinar que se trata de un maltrato porque se cumplen la mayor parte de criterios establecidos en los **indicadores**, hasta no demostrar lo contrario ya estamos logrando gran parte del objetivo que es alejar al niño del maltratador y prevenir nuevos reingresos por la misma causa.

Los beneficiados con este trabajo serán muchos, los profesionales y especialmente los internos que pasan la mayor parte de su tiempo atendiendo en el área de emergencia pediátrica con un gran número de pacientes, van a poder utilizar estos “*indicadores*” como un método de tamizaje de niños con lesiones accidentales y no accidentales lo que facilitará su diagnóstico y sobre todo la “**actitud**” que deben tomar frente a ello y, así no ser simplemente observadores y sanadores sino involucrarse en el papel de ser el grupo que previene futuros maltratos.

Además es importante mencionar que:

1. El pensum de pregrado, de las carreras de la salud, no consideran a este problema endémico de salud pública como importante, puesto que no constan en aquel pensum, los contenidos que aborden el maltrato.



2. Los contenidos de enseñanza y aprendizaje del Postgrado de Pediatría de nuestra Facultad, no consideran el problema de Maltrato Infantil como importante para la formación de los futuros especialistas.
3. A pesar de que existe un equipo multidisciplinario de “Maltrato Infantil” en el Hospital Vicente Corral M, este se ocupa solo de los casos detectados esporádicamente de los pacientes pediátricos que ingresan muchas veces por otras causas de morbilidad.
4. No existe un protocolo específico para diagnosticar maltrato infantil que sea aplicado en el Servicio de Emergencia de Pediatría y el Servicio de Hospitalización y eventualmente en la Consulta Externa.



II. MARCO TEÓRICO:

ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

El abuso físico en los niños constituye un problema antiguo sobre el cual existe documentación desde los primeros tiempos de la historia escrita. Es un problema que ha sido intermitentemente redescubierto y olvidado a lo largo del tiempo

En 1868 el Dr. Tardieu, catedrático de Medicina Legal en la Sorbona, describió por primera vez el síndrome del niño golpeado, basándose en los resultados obtenidos en las autopsias de treinta y dos niños maltratados (TARIEU, 1868). Posteriormente, en 1871, se funda en Nueva York la “Society for the Prevention of Cruelty of Children”. Médicos como Caffey, Kempe, Fontana y muchos más que ayudaron a enriquecer con sus estudios la definición y establecimiento del síndrome del niño maltratado (36. 41).

En la antigüedad los padres disponían de la vida de sus hijos y si ellos deseaban los podían ofrecer en sacrificio u ofrendas a los dioses.

En la antigua Roma, la patria potestad daba a los padres derechos ilimitados sobre sus hijos lo que trajo como consecuencia que más tarde existieran problemas de población. Es en la edad media en donde los niños pasan a formar parte del mundo de los adultos, sin pasar antes por la adolescencia y juventud, llegando a ser víctimas de negligencia, abandono e infanticidio.

A lo largo del tiempo se ha ido intentado y poniendo en práctica acciones que han intentado disminuir la discriminación y maltrato a los menores. Es por eso, que el objetivo principal del siglo XX es la protección de la infancia, consiguiendo disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad, pues se crean leyes que otorgan a los menores **derechos y obligaciones**, de igual forma se han creado instituciones que tienen la función de velar por el cumplimiento de



estas leyes y la protección a los niños dándoles alojamiento en centros de cuidados para los que lo necesitan. A pesar de que se han conseguido importantes avances todavía existen millones de niños que mueren por falta de alimento, víctimas de maltrato y otros abusos. (43)

EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL A NIVEL INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL

INTERNACIONAL

El maltrato a los niños se considera un problema de salud en todo el mundo. Uno de cada 10 niños es víctima de cualquier tipo de violencia, pero sólo se registra el 10% de los casos. El 75% sufre de lesiones moderadas, el 15% lesiones graves y hasta uno de cada 1.000 muere a causa de la severidad de las diversas lesiones. (40, 45)

Las estadísticas de una investigación realizada en el Reino Unido señalan que más de la mitad de los niños que nacen resultarán heridos en un accidente en algún momento de su vida y que uno de cada 50 morirá en un accidente de tránsito. Según la Organización Mundial de la Salud, el maltrato infantil es una de las primeras causas de atención en los servicios de emergencia. Los accidentes en el hogar, según la OMS, son los de mayor morbilidad. (29)

A nivel internacional se han realizado numerosos estudios, no solo en niños sanos, sino también en menores con enfermedades graves, que a pesar de su condición no se muestra que ellos tienen un riesgo 1.7 veces más de padecer maltrato. (23,28) En *niños deficientes*, la probabilidad de sufrir malos tratos no disminuye con la edad sino que aumenta a diferencia de lo que ocurre en el resto de los menores. El 75% de estos niños *deficientes* tenían problemas del lenguaje y un 37% no hablaba. (34)



Algunos países han realizado estudios en hospitales de gran asistencia para tratar de determinar cuál es la frecuencia de lesiones accidentales en los mismos. Una de los países es Uruguay en donde se realizó un estudio en el año 2006 entre los meses de agosto y diciembre, el mismo se llevó a cabo por estudiantes del ciclo Materno-Infantil integrados en forma voluntaria, residentes de pediatría y de medicina familiar y comunitaria, previamente capacitados, y asistentes de Clínica Pediátrica "C". En donde las lesiones accidentales constituyen la principal causa de muerte en el grupo de 1 a 19 años. Se entrevistaron a 536 padres. El 56,5% completó educación primaria. El 90% de las madres son amas de casa. El 90% contestó que los accidentes son producto del azar. El 74% recibió información a través de los medios de comunicación audiovisual, 17% a través del personal de salud. El 65,8% refirió que alguno de sus hijos sufrió un accidente.

Los lugares en donde ocurrieron los accidentes fueron: hogar 97%, vía pública 3%. En 75% el mecanismo de lesión fue caídas, seguidas por quemaduras, intoxicaciones, electrocuciones y ahogamientos. (32)

En otro país como Colombia en el año de 1997-1998 se realizó un estudio por parte del personal de salud del Hospital Rosario Pumarejo de López en la ciudad de Valledupar, se estudió las estadísticas de lesiones intradomiciliarias involuntarias en donde se demostró que el grupo más afectado fue entre 1 y 4 años de edad 63.3%. El común denominador de las familias fue la pobreza y el bajo nivel de escolaridad de las madres, quienes en su mayoría son las encargadas del cuidado de los menores. Las principales lesiones fueron: 1) ingestión de tóxicos 36.7%, 2) quemaduras 30%, 3) fracturas 20% y 4) otros 13.3%. Presentaron secuelas el 55.6% de los niños quemados. (31)

Durante 1997, en Argentina, fallecieron 2 261 niños menores de 14 años por accidentes. Las provincias que forman la Región Centro Cuyo registraron en ese período y para esa edad 407 muertes por accidentes 3 4. El 34% de las



muerres entre 1 y 14 años se debió a accidentes. Entre los niños accidentados hubo 2 428 varones (62,9%) y 1 434 niñas (37,1%). La media de edad fue de 5,64 años. El sitio de ocurrencia fue el hogar en 2 004 pacientes (51,9%), la calle en 1 252 (32,4%), la escuela en 289 (7,5%), la ruta en 70 (1,8%) y otro sitio en 247 niños (6,4%). Hubo 72,4% lesiones leves, 26,6% moderadas y 1% graves, de las cuales el 88,4% requirió atención ambulatoria y el resto, internación. La mayoría fueron caídas en todas las edades; las quemaduras predominaron en menores de 1 año, los envenenamientos en los niños de 1 a 4 años, y los accidentes de tránsito se incrementaron con la edad en forma significativa (25).

NACIONAL

Se considera que un 34% de niños ecuatorianos sufren maltrato de sus padres, en diferentes maneras. Como castigos físicos a sus hijos “por su bien”, para que aprendan a “portarse bien”, a “estudiar”, etc. Pero también hay que recordar que hay profesores, empleadores, etc. que igualmente someten a maltrato físico, psicológico y sexual a niños y adolescentes. (14)

LOCAL

Según un estudio realizado por Sirepanm *es un sistema encargada de analizar todo acerca del maltrato infantil*, ellos brindan ayuda a los niños junto con otras instituciones, también buscan soluciones; una de ellas es construir una cultura de Buen Trato, las estadísticas nos dan a conocer que en la zona urbana existe un enorme número de maltrato superior al rural, se piensa que el rural es inferior porque todavía no se ha establecido un sistema de control y vigilancia. (19)



Zona Urbana	62 %
Zona Rural	38 %

POR EL SEXO

Sexo Masculino	48 %
Sexo Femenino	42 %

POR LA EDAD

2 años	1.8 %
3-5 años	8.8 %
6-8 años	14.2 %
9-11 años	28.7 %
12-14 años	23.3 %
15-17 años	13.8 %

POR LA FORMA DE MALTRATO

Físico	24 %
Psicológico	42 %
Sexual	8 %
Negligencia	24%
Otros	2%



POR MOTIVO DE INGRESO A LAS INSTITUCIONES PROTECTORAS

Maltrato	30 %
Abandono	26 %
Multicausal	13 %
Fuga	6 %
Se desconoce	1 %
Otros ingresos	24 %

Según las estadísticas por frecuencias de maltrato en el año 2005 hasta el 2006 son las Siguietes:

Episodios Recurrentes	62 %
Episodios Únicos	37 %
Pendientes	1 %

CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL.-

Es la agresión a un menor de 18 años tanto física, emocional o sexual, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, como los padres , instituciones o la propia sociedad. (3, 20, 22, 42,41). El maltrato infantil va desde la agresión verbal y física hasta los traumas emocionales. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara a la violencia como un importante problema de salud pública a nivel mundial. (33)



CAUSAS DE MALTRATO INFANTIL

La violencia y el maltrato en la vida humana es una lacra universal que afecta a todas las culturas y a todas las clases sociales.

Entre las principales causas de maltrato infantil, identificadas y determinadas por varios estudios realizados, se a podido establecer la relación entre este y la psicopatología de los padres; aunque no hay psicopatología diagnosticable, si hay, al menos, dificultades de comportamiento, afectivos y/o cognitivos, si se pueden establecer.

El niño es percibido por los progenitores como una fuente de malestar y ellos reaccionan de forma negativa (irritación e ira) atribuyendo al niño una intencionalidad en su conducta. Se trata de padres con pocas capacidades empáticas, con severas dificultades para conocer las emociones y las necesidades de los niños, deficiencias que se verían agravadas en situaciones de estrés o ante *deficiencias* de los niños. Se ha detectado que el mayor riesgo de malos tratos es sufrido por menores con discapacidades leves, en la que las deficiencias del niño son atribuidas por el padre a una intencionalidad. Si las *deficiencias* son más profundas, los comportamientos “inadecuados” de los menores son más fácilmente atribuidos a las patologías o deficiencias.

Según un estudio realizado en la comunidad de Madrid en el año 1998 con 4.916 expedientes de menores en situación de desamparo se observó que las familias maltratadoras suelen estar aisladas socialmente, con lo que sus conductas intrafamiliares no se modulan a través de la interrelación. En la mayoría se trata de madres solas (25% en una muestra española). El maltrato es excesivamente frecuente en los casos en que la madre y sus hijos conviven con un varón que no es el padre biológico (familias reconstruidas). ¿Será esta figura parental no biológica el actor de violencias graves y extremas?. (34)



TIPOS DE MALTRATOS

Por omisión:

- ✚ Negligencia en el cuidado físico, o en el cuidado psicoafectivo o en ambos, denominándose **abandono**: Se produce cuando por parte de su familia y/o grupo conviviente no asegura la satisfacción de las necesidades a que todo niño tiene derecho. (3,11, 33,34,41, 44,45)
- ✚ Necesidades fisiológicas: el niño tiene derecho a estar bien alimentado, vivir en condiciones de temperatura e higiene adecuadas, estar protegido de peligros reales que puedan atentar contra su salud y su integridad física así como disponer de asistencia social, sanitaria y desarrollarse en un ambiente que le permita una actividad física rica y variada.(11,34)
- ✚ Necesidades cognitivas: derecho a vivir en un ambiente físico y social en condiciones de interacción que le permitan desarrollar adecuadamente sus capacidades mentales; sentidos, atención, percepción, memoria, lenguaje emocional, gestual y verbal, sus capacidades lógico-matemáticas y de razonamiento en general.
Disponer de la ayuda de los adultos que le permita comprender el significado de las cosas y de la realidad. (11, 34)
- ✚ Necesidades emocionales, sociales y de autoestima: derecho a sentirse emocionalmente seguro, disponiendo para ello de vínculos afectivos con personas incondicionales que, estando disponibles y siendo accesibles y capaces de ofrecer ayuda, le acepten, expresen su afecto y ayuden tal y como es, a disponer de una amplia red de relaciones de amistad con los iguales, formar parte de asociaciones sociales y sentirse en comunidad, a que sean reconocidos los intereses y las manifestaciones de la conducta sexual propias de su edad; así como ser respetado por los adultos de forma que éstos no los conviertan en objeto sexual, abusando de una u otra forma de su condición de menor. (11, 20, 34)



Por acción:

- Maltrato físico: es el más conocido y el más fácil de ubicar; es cualquier acción, no accidental, por parte de los adultos que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad en el menor. (2,3,11,20,33,43,44). Esta puede ser no premeditada y derivar de un exceso de disciplina o de un castigo inapropiado que termine lesionando al menor. (41,45)
- Maltrato emocional: cuando no se toman en cuenta las necesidades psicológicas del niño en especial la autoestima y las relaciones interpersonales (41,44,45). Se produce por la imposibilidad de aceptar al niño/a tal y como es, y se manifiesta a través de insultos verbales, rechazo activo, aislamiento, culpabilizaciones, críticas, aterrorizar, ignorar al menor y su corrupción (2, 3, 11, 20, 22,33).
- Abusos sexuales: es cualquier clase de gratificación sexual, con un menor realizado por un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre él. Pueden ser intra (incesto) o extra familiares, siendo más frecuentes los primeros. Se incluye el tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas (pechos, área genital, parte interna de los muslos y nalgas, o las ropas que cubren estas partes) por parte del adulto hacia el menor. Estos pueden ser ocasionales o permanentes a lo largo de la vida infantil. (2,3,11,20,22,33,34,41, 44,45.)

No es fácilmente detectable y hay varios tipos como: violación, vejación sexual, abuso sin contacto físico, etc. (43).

- Maltrato prenatal: son todas aquellas condiciones de vida de la madre en etapa gestante que se pueden evitar, pero que se mantienen y tienen consecuencias negativas para el feto como: consumo de bebidas alcohólicas, el hábito de fumar, ingestión de medicamentos sin prescripción médica, mala alimentación, la no



asistencia o irregularidad en la atención prenatal etcétera. Los hijos de madres drogodependientes representan una variante muy especial y bastante frecuente. (11,20)

- Maltrato institucional: aquellos actos de comisión o de omisión y condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, sistemas de protección del menor y programas o protocolos llevados en centros que violan los objetivos del cuidado institucional del menor, con amenaza para su correcto desarrollo. Se debe considerar maltrato institucional ese mal ejercicio desde la institución sanitaria, educativa, jurídica, o de los servicios sociales. (11,44)
- Mendicidad: el menor es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o bien, el niño ejerce la mendicidad por iniciativa propia.(11,44).
- Corrupción: que se da por aquellas conductas en los adultos que promueven en el menor pautas de conductas antisocial o desviada, particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad y el tráfico o consumo de drogas.(11, 44)
- Explotación laboral: el menor es obligado a realizar trabajos (sean domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual y deberían ser realizados por adultos, interfiriendo de manera clara en las actividades y necesidades escolares del niño. Ocasionando muchas veces el abandono de sus estudios, pues los trabajos que realizan o no son remunerados, o el pago es insuficiente que no les alcanza ni para sobrevivir dignamente. (11,44)

Las formas de maltrato poco conocidas tanto por los médicos como por los paramédicos son:



- ✓ En la infancia se puede observar también el síndrome Münchhausen, pero es mucho más común el Síndrome de Münchhausen por poderes. El síndrome de Münchhausen se presenta en niños mayores y adolescentes, los cuales elaboran su propia enfermedad, son frecuentes las afecciones del trato genital pues se introducen, vegetales, piedras, etc. (4,41)

Pero es más importante el síndrome de Münchhausen por poderes en el cual los padres/madres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo mediante la administración de sustancias al niño. (2,4, 20)

Este síndrome se caracteriza porque:

- Aparece de forma conjunta, signos y síntomas más o menos complejos, que son difíciles de explicar, que generalmente son simulados o producidos por la madre o por algún familiar.
- El niño es sometido a una gran cantidad de pruebas que encaminan a un diagnóstico.
- El familiar niega conocer la causa de la enfermedad, pero al mismo tiempo se relaciona muy bien con el grupo de salud que examina del niño
- Los signos y síntomas del niño desaparecen cuando se le separa de la persona manipuladora. (4)

Es importante mencionar que en el 95% de los casos es la madre la que ocasiona el trastorno y por lo general los niños que lo padecen son menores de 5 años. Se presenta en igual proporción en niños y niñas. Este síndrome es



variable en su evolución, va desde meses a años. Si se presenta en más de un miembro de la familia se llama síndrome de Münchhausen por poderes en serie.

Las principales manifestaciones clínicas son: (4,41)

- Digestivas: vómitos fecaloides.
- Abdominales.
- Hemorrágicas: hematuria, hematemesis, hemoptisis.
- Neurológicas: estupor, coma, convulsiones, apnea.
- Nefrourológicas: glucosuria
- Cutáneas: eccemas
- Generales: fiebre
- Infecciosas: sepsis polimicrobiana

Diagnóstico

Se debe sospechar en cualquier menor de 5 años con una enfermedad rara, con síntomas poco frecuentes y recurrentes. También cuando la madre no se separa del menor, a pesar de una buena relación con los médicos. (4).

➤ El síndrome del niño sacudido:

Se acompaña de lesiones que afectan encéfalo, globo ocular y médula espinal. La triada clásica de manifestaciones clínicas que presenta este síndrome son: lesión intracraneal representada por hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea, edema cerebral y hemorragias retinianas, con ausencia o escasa presencia de lesiones externas. (4,41) Este síndrome se presenta más en menores de 1 año, sobre todo menores de 6 meses, pero se puede presentar en niños de hasta 5 años. (4,27,41)



Manifestaciones clínicas (4,41)

- Hiporexia
- Vómito
- Irritabilidad
- Letargia o somnolencia
- Hipotermia o hipertermia
- Convulsiones
- Opistótonos o coma
- Dificultad para alimentarse, succionar o tragar
- Hipotonía o hipertonia

Establecer cifras epidemiológicas concluyentes es difícil, dado que el maltrato es una entidad subdiagnosticada. (27)

Entre los factores de riesgo descritos destacan: padres jóvenes, situación familiar inestable, bajo nivel socioeconómico, incapacidad física o mental del niño y prematuridad. El llanto del niño ha sido descrito como el principal factor desencadenante tanto para el sacudimiento como para otras formas de maltrato. (27)

TIPO DE LESIONES

Las lesiones traumáticas en la edad pediátrica, se las puede clasificar de acuerdo a **la edad, talla, capacidad de reaccionar a un determinado estímulo, la localización del trauma, la zona o el lugar de ocurrencia, la compañía en el momento del accidente y la prevención que existe.**



(26,29,35). Algunas de estas lesiones son accidentales o no intencionales y se relacionan con las travesuras y el crecimiento propio de la edad. En cambio otras son provocadas por diversas personas que maltratan a los menores, provocando secuelas físicas e internas importantes.

Las lesiones no intencionadas relacionadas con el proceso evolutivo del menor son:

El niño pequeño:

Lesiones dentro del hogar:

- caídas,
- quemaduras en la boca, quemaduras en manos por cable eléctrico,
- ahogamiento por sumersión,
- amputación de un dedo o asfixia, son más frecuentes

Como el niño va alcanzando mayores edades y comienza a caminar, se pueden observar lesiones como:

- ingestión de cuerpos extraños (monedas, juguetes pequeños),
- caídas de diversa índole,
- quemaduras por agua en ebullición, quemaduras esofágicas por cáusticos,
- mordedura en región craneofacial por perros,
- atropellamiento y accidentes de autos sufriendo TEC, traumas torácicos, abdominales, etc.

Al aumentar la actividad se presentan con mayor frecuencia accidentes como: bicicletas, patines, patinetas, atropellamiento y recepción de lesiones internas



de mal pronóstico. En esta etapa y bajo circunstancias especiales el maltrato al menor puede copar víctimas letales por lesión visceral y heridas en cavidad bucal consecutiva a lesiones por caídas, fracturas y laceraciones de huesos largos que pueden ser un evento común.

En la escuela aumenta la posibilidad de lesión por deportes y quemaduras accidentales de objetos pirotécnicos o bien por una caída en borde filoso en región genital o abdominal.

En la pubertad y la adolescencia, las lesiones pueden ser al caer de una bicicleta deportiva, motocicleta, accidentes viales y las heridas por proyectil de arma de fuego y cortopunzantes. (26,29,35)

El traumatismo craneoencefálico (TEC), presencia de un trauma de cráneo al que se pueden atribuir a: pérdida o disminución del estado de conciencia, amnesia, fractura del cráneo, anormalidad neurológica o neuropsicológica, lesión intracraneal o muerte. (26,30)

Esta lesión puede ser no intencional cuando se presenta como consecuencia de caídas que se dan en los niños cuando se encuentran jugando, corriendo, etc. En cambio son intencionales cuando los padres son los que lo provocan de diversas maneras. (30)

“El TEC representa hasta 10% de las atenciones en los servicios de urgencias, acompaña hasta 70% a los traumas severos, y es causa del 25 al 80% de las muertes secundarias a un trauma. En el mundo causa aproximadamente 4.000 atenciones, 400 hospitalizaciones y hasta 30 muertes por cada 100.000 niños y por año. Hasta un 52% de los sobrevivientes de un TEC tiene secuelas al egreso y necesitan terapias de rehabilitaciones prolongadas y costosas. Es necesario conocer la epidemiología local para iniciar las medidas preventivas apropiadas.” (30)



Entre las lesiones más frecuentes tanto accidentales como no accidentales tenemos:

❖ **Cutáneo-mucosas.**- estas varía con la edad y con la raza. El orden de frecuencia en las que se presentan son: (4)

1. Hematoma (39%)
2. Desgarros y arañazos (21%)
3. Otros traumas óseos-cutáneos (20%)
4. Quemaduras (6%)

Es importante definir el concepto de cada tipo de lesión para evitar confusiones en el diagnóstico:

1. **Hematomas.**- es una acumulación de sangre, causado por la rotura de vasos capilares, que aparece generalmente como respuesta de un golpe, una contusión o una magulladura. Un hematoma adquiere en la zona afectada un color azulado o violáceo al cabo de unos diez minutos, y desaparece de forma natural. Este se puede formar tanto en la piel como en órganos internos.

Se clasifican en 3 grupos según sea la zona afectada y la gravedad:

- ✓ Subcutáneo: cuando se localiza debajo de la piel. Es el más leve.
- ✓ Intramuscular: dentro de la parte protuberante del músculo subyacente. Puede afectar a órganos internos.
- ✓ Perióstico: cuando el golpe ha afectado a algún hueso. Es el hematoma más grave y doloroso.

- **Equimosis.**- Es un tipo leve de hematoma. Coloración causada por el sangrado superficial dentro de la piel o de las membranas mucosas como la boca, debido a la ruptura de vasos sanguíneos como consecuencia de haber sufrido algún golpe contuso. Es el tipo más leve de traumatismo y solo afecta al tejido celular



subcutáneo, pero como se desgarran los filetes nerviosos se produce el dolor. También pueden ser consecuencia de diátesis hemorrágica. Esta se clasifica dependiendo de la intensidad en:

- **Equimoma**, que se diferencia de la equimosis tradicional por ser de mucha mayor extensión de área.
- **Sugilación o equimosis de succión o amorosis** («chupetón»), cuya forma ovalada reproduce aproximadamente la forma de la boca.

Color de la piel después de la lesión (4)

<u>Tiempo después del trauma:</u>	<u>Color:</u>
 Inmediato <1 día	negruzco, azul oscuro.
 1 a 5 días	rojo, violáceo.
 5 a 7 días	rojo púrpura.
 7 a 10 días	verdoso.
 2 a 4 semanas	amarillento.

- **Petequias.**- Son pequeños derrames vasculares cutáneos del tamaño de una cabeza de alfiler, que se producen por la extravasación de un número pequeño de eritrocitos por lesión de un capilar. Inicialmente son de color rojo, violáceo o negruzco y cambian después hacia el verde, el amarillo y el marrón a consecuencia de los sucesivos cambios químicos de la sangre.

2. **Quemaduras:** es un tipo de lesión en la piel causada por diversos factores. Las quemaduras “*térmicas*” se producen por el contacto con llamas, líquidos calientes, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas; aunque el contacto con elementos a temperaturas



extremadamente bajas, también las produce. También existen las quemaduras químicas y quemaduras eléctricas.

Clasificación de las quemaduras según sus características de profundidad, sensibilidad, color de la piel y tiempo de curación.

Grado	Profundidad	Sensibilidad	Color de la piel	Curación
Primero	Epidermis Eritema	Normal	Sonrosado, eritema.	3 a 6 días
Segundo	Capa superficial de la dermis	Disminuida	Rojo brillante, moteado, ampollas.	2 a 3 semanas
	Capa profunda de la dermis	Disminuida	Rojo oscuro, amarillo blanquecino	Más de 3 semanas
Tercero	Subdermis	Ausente	Blanco, perlado, negro carbón.	Más de 3 semanas

Diagnóstico “diferencial” de las quemaduras (4)

Quemaduras	Provocada:	No provocada:
Escaldadura:		
Bordes:	Nítidos, precisos.	Difusos, irregulares
Salpicaduras:	Ausentes.	Presente
Formas:	Guante, calcetín, glúteos, en casquete.	No definida
Profundidad:	Homogénea.	No homogéneo
Grado:	Primero a segundo.	Segundo a tercero
Simetría:	Frecuentemente bilateral.	Unilateral

Quemadura seca

por contacto: Plancha, radiador, tenedor, No visible



Forma	Cigarrillo	
Bordes	Nítidos precisos, zonas de castigo	No precisa, difusos, zonas descubiertas de la piel
Localización	Orejas, mejillas, hombros, brazos, palma de mano y pie, glúteos, genitales	Frente, mentón, cuello, zona de la corbata, antebrazo, planta de mano y pie
Demanda de ayuda	Diferida	Inmediata

- Mordeduras.
- Alopecias.
- Heridas: contusa, incisa, punzante.

Diferencias entre las lesiones mucocutáneas provocadas y las accidentales según la localización (4)

Tipo	Provocadas	Accidentales
	Orejas	Frente
	Mejillas	Mentón
Hematomas	Boca	Codos
Equimosis	Hombros	Caderas
Laceración	Espalda	Rodillas
Heridas	Glúteos	Espinillas
	Genitales	Dorso De Manos
	Muslo	Dorso De Los Pies
	Palma de manos	
	Planta de los pies	



Mordisco >3cm., de separación entre < 3cm.
las huellas de los caninos

- **Mordedura.**- Una mordedura de animal es una herida ocasionada por los dientes de un animal. Los dientes perforan, laceran, rasguñan o aplastan los tejidos de la persona. La lesión puede dañar piel, nervios, hueso, músculo, vasos sanguíneos o articulaciones.

3- Otros traumas óseos/cutáneos:

❖ Óseas :

- **Fractura:** fragmentación epifisaria, fractura única o múltiple, diversos grados evolutivos, localización de la fractura. (11)

Estas lesiones óseas son subdiagnosticadas en los departamentos de emergencia pediátrica a nivel del mundo, pues los médicos desconocen o subestiman la ausencia de fracturas en niños sobre todo menores de 3 años.

Las fracturas fueron consideradas como "**abusivas**" cuando se halló al menos 1 de los siguientes criterios:

1. Confesión de lesión intencional por alguno de los cuidadores adultos.
2. Historia incompatible/inadecuada de los cuidadores primarios.
3. Demora inapropiada en la búsqueda de atención médica.
4. Explicaciones asociadas insuficientemente con las lesiones.
5. En ausencia de enfermedad ósea, presencia de fracturas infrecuentes para lesiones accidentales y comunes en lesiones abusivas (ej: fracturas metafisarias de extremidades, fracturas de costillas posteriores no causadas por trauma del nacimiento) y



6. Denuncia por un testigo de los abusos. (13)

- **Luxación.-** Es la separación permanente de las dos partes de una articulación, es decir, se produce cuando se aplica una fuerza extrema sobre un ligamento produciendo la separación de los extremos de dos huesos conectados. (11,34)
- **Engrosamiento:** Hematoma perióstico (11,34)
- **Reacción perióstica.-** Es la que se presenta cuando existe algún proceso ocupativo o inflamatorio en el hueso.(11)

❖ **Neurológicas centrales**

- Fractura craneal simple o hematoma subdural.
- Obnubilación + coma + hemorragias retinianas (sacudida de la cabeza).
- Hematoma subdural + fracturas múltiples.



❖ Ópticas

- Hemorragia.- Es la salida de sangre fuera del sistema cardiovascular. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, la cual, puede ser interna (cuando la sangre gotea desde los vasos sanguíneos en el interior del cuerpo); por un orificio natural del cuerpo (como la vagina, boca o recto); o externa, a través de una ruptura de la piel. Según el tipo de vaso puede ser:

- Hemorragia capilar: Es la más frecuente y la menos grave, pues los capilares sanguíneos son los vasos más abundantes y que menos presión de sangre tienen. La sangre fluye en sábana.

- Hemorragia venosa: El sangrado procede de alguna vena lesionada y la sangre sale de forma continua pero sin fuerza.

- Hemorragia arterial: Es la más grave si no se trata a tiempo, el sangrado procede de alguna arteria lesionada y la sangre sale en forma de chorro intermitente, es de color rojo rutilante.

❖ Hematomas

Oculares

❖ Hemorragias

Genitales (varón - mujer)

- Erosiones.
- Equimosis.
- Desgarros.- Solución de continuidad de los bordes de un tejido producida por un esfuerzo violento, como el desgarro muscular o el desgarro del periné en el parto. También se denomina abrupción.
- Hemorragias.
- Lesiones generales



❖ **Intoxicación provocada: sedantes, otros...**

- Hipoglucemia: hipoglicémicos orales, insulina. es una concentración de glucosa en la sangre anormalmente baja, inferior a 50-60 mg por 100 ml.
- Enfermedades simuladas (Síndrome de Münchhausen).

Exámenes que pueden revelar lesiones físicas son:

- Radiografía de huesos: se hace un estudio en cualquier momento que se sospeche de maltrato físico. Se toman radiografías de todos los huesos del niño, incluyendo el cráneo, para buscar fracturas no detectadas o fracturas viejas que están cicatrizando.
- Se realiza una RMN o TAC de la cabeza o el abdomen si hay fractura de cráneo, sangrado en el ojo, vómito inexplicable, hematomas severos en la cara, el cráneo o el abdomen, o síntomas neurológicos, dolores de cabeza o pérdida del conocimiento inexplicable. (11, 34)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo, son circunstancias que pueden favorecer para que se produzcan agresiones sobre el menor. Su presencia hay que verla como consecuencia de la disfunción en el contexto de los padres, del niño, del ambiente, y no... “como resultado de unos rasgos patológicos de personalidad parental, stress ambiental o características del menor”. (1, 11)

Existen **factores de riesgo, relacionados con** el/la:

a) Sociedad

- Pobreza
- Racismo
- Sexismo
- Cultura e historia de violencia



- Disminución del apoyo público a las familias
- Fácil acceso al alcohol y drogas
- Acceso legal a la posesión de armas de fuego

b) Familiar:

- Antecedentes de abuso de alcohol y drogas en la familia
- Discordia intrafamiliar
- Divorcio
- Privación económica
- Antecedentes de malos tratos infantiles en los padres.
- Padres con excesiva vida social, o profesional que dificulta el establecimiento de relaciones afectivas con sus hijos/as.
- Familias con historia de violencia familiar.
- Enfermedades de los padres/tutores que conlleva a la desatención del menor.
- Figura monoparental. Madre soltera (especialmente adolescente), divorciados, separados. Ausencia de padres (abandono del hogar, prisión, fallecimiento).
- Padres con actitud intolerante, indiferente o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos/as.

c) Psicológicas parentales:

- Insatisfacción personal.
- Problemas psicopatológicos. Depresión, alcoholismo, drogadicción.
- Ausencia de capacidad empática y dificultad para la comunicación.
- Rechazo emocional o falta de afecto hacia el menor.
- Baja tolerancia al stress.

d) A nivel individual:

- Prematuro y/o bajo de peso al nacer.



- Enfermizo.
- Discapacidades físicas o psíquicas.
- Fruto de embarazos no deseados o de relaciones extramatrimoniales.
- Temperamento difícil, pautas extremas de conducta: apático/ hiperactivo.
- La presencia de varios factores de riesgo (social, familiar, psíquico) hace que exista un riesgo elevado en la aparición del maltrato. No obstante, hay muchas familias que a pesar de coexistir con varios factores de riesgo mantienen una buena relación con sus hijos.
- Amigos que involucran comportamientos problemáticos
- Víctima de abuso
- Testigo de violencia y abuso físico de niño en su familia de origen
- Contacto constante con hechos estresantes.

e) Vecindario y comunidad:

- Alto nivel de desempleo
- Alto nivel de segregación residencial
- Gran densidad poblacional y hacinamiento humano
- Baja calidad de la enseñanza
- Acceso fácil a drogas y alcohol
- Actividad generalizada de pandillas o bandas
- Falta de servicios de apoyo
- Desnutrición: cifras grandes de lactantes de bajo peso neonatal.
- Niveles altos de delitos interpersonales.



MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas que la víctima puede expresar a su vez se dividen en:

1. EVIDENTES Y LÓGICAS

- Mediante una expresión clínica obvia como excoriaciones, quemaduras, fracturas, infecciones de transmisión sexual, embarazo temprano sin explicación lógica.

2. POCO EVIDENTES

- La existencia de una alteración en el crecimiento físico como talla baja, desnutrición severa, sobrepeso u obesidad.

Ello ocurre al modificarse los patrones del sueño (insomnio, pesadillas, terrores nocturnos) generándose una alteración en la producción o utilización de la hormona del crecimiento, la ingesta de alimentos es deficiente porque no se le proporciona deliberadamente al niño o este come de manera exagerada porque se encuentra en depresión. Este último al parecer es más evidente en los adolescentes. (37).

DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL

Para poder diagnosticar que un menor sufre de **maltrato**, podemos servirnos de “*indicadores*” tanto físicos, emocionales, comportamentales, no sólo del niño sino también del agresor, lo que nos ayudará a prestar una mejor atención y derivar a los organismos pertinentes.

Las dificultades en el diagnóstico se producen por distintas causas, como por ejemplo, la necesidad de una sospecha clínica por parte del profesional y la heterogeneidad en las manifestaciones clínicas y ámbitos de consulta. Esta dificultad se produce a menudo en la urgencia donde las lesiones compatibles,



como traumatismos y quemaduras, son muy frecuentes. Por ello, sería de gran utilidad disponer de una herramienta que permitiera una preselección de los casos sospechosos de maltrato o abuso. (9)

Es importante mencionar que los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocional, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en unas manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. (20)

Entre los indicadores tenemos:

Maltrato físico:

A.- Indicadores físicos (10,11,28,41,42)

- **Lesiones cutáneo-mucosas**
 - ✓ Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
 - ✓ Lesiones múltiples o múltiples tipos de lesiones.
 - ✓ Presencia frecuente y reiterada (indicador de especial importancia en menores de tres años).
 - ✓ Localización en zonas no habituales y no prominentes: áreas periorcular y peribucal, región oral (lengua, mucosa bucal, paladar blando y duro, encías, frenillos), zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, región proximal y postero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas.
 - ✓ Distribución: zonas extensas, afectan a varias áreas diferentes y adoptan disposición simétrica.
 - ✓ Muy delimitadas de la piel sana, reproduciendo la forma del objeto.



- ✓ En distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización.
- **Quemaduras y escaldaduras**
 - ❖ Incompatibles en extensión, profundidad, localización, distribución y patrón-tipo con la edad del niño, su nivel de desarrollo y con la historia relatada.
 - ❖ Presencia reiterada.
 - ❖ Localización múltiple y/o bilateral, con frecuencia en región peri oral e intraoral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos, pies y piernas.
 - ❖ Distribución simétrica en forma de "calcetín o de guante"(producidas por inmersión en agua caliente); en forma de "imagen en espejo" (palmas de manos, plantas de pies).
 - ❖ Bordes nítidos que reproducen la forma del objeto
 - ❖ En distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización (presencia de quemaduras recientes y antiguas).
 - ❖ Frecuente asociación con otros indicadores de abuso sexual.
- **Mordeduras**
 - Reproduce la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.)
 - Recurrentes (aisladas o múltiples).
 - Diagnóstico diferencial: mordedura de otro niño (distancia intercanina < 2,5-3 cm.), mordedura de perro o de otros animales; automutilaciones por metabolopatías o psicopatías.



- **Alopecia traumática**

- ✚ Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada.
- ✚ Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente.
- ✚ Localización occipital u occipito-parietal.

- **Lesiones dentales**

- Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
- Decoloración (necrosis de la pulpa) por traumatismo antiguo
- Fracturas, desplazamientos o avulsiones.

- **Lesiones osteo-articulares**

- ✚ Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no deambula).
- ✚ Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación
- ✚ Mecanismos de producción no concuerda con la capacidad del niño por su edad de maduración.
- ✚ Asociación frecuente con lesiones cutáneo-mucosas, internas, por intoxicación intencionada o por negligencia.

- **Lesiones orgánicas internas:** aisladas o asociadas a otras manifestaciones traumáticas, por intoxicación deliberada o por negligencia, que apoyan el diagnóstico.



- Neurológicas (intracraneales)
 - "Síndrome del niño sacudido"
 - "Síndrome de estrangulamiento"
 - "Síndrome de la oreja en coliflor"
 - hematoma subdural (agudo o crónico),
 - hematoma agudo subdural interhemisférico en región parieto-occipital,
 - hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, focos de contusión cerebral, infartos isquémicos, atrofia cerebral con degeneración quística, hematoma epidural, dilatación del sistema ventricular, edema pulmonar.
- **Oculares**

Impacto directo sobre el ojo y se manifiesta por: hemorragias retinianas (unilaterales o bilaterales), desprendimiento de retina, "placas lacunares retinianas", hemorragia vítrea, edema corneal, queratitis, opacidad corneal, cataratas traumáticas, subluxación del cristalino, atrofia del iris, sinequias irido-cristalinas y "glaucoma congénito" bilateral (post-traumático).
- **Óticas.**

Impacto directo sobre zona peri auricular causando: hemorragia, desgarro o perforación timpánica.

B.- Indicadores comportamentales (10,11,41,42)

Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos. Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran, muestra conductas extremas (ejemplo: agresividad o rechazo).



C.- Otros indicadores pueden ser:

- ✚ actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso)
- ✚ conducta sexual explícita, juego y conocimientos inapropiados para su edad
- ✚ conducta de masturbación en público
- ✚ niño que evita ir a casa (permanece más tiempo de lo habitual en el colegio, patio o alrededores)
- ✚ tiene pocos amigos en la escuela
- ✚ muestra poco interés y motivación por las tareas escolares
- ✚ después del fin de semana vuelve peor al colegio (triste, sucio, etc.)
- ✚ presenta dolores frecuentes sin causa aparente
- ✚ problemas alimenticios (niño muy glotón o con pérdida de apetito)
- ✚ falta a clase de forma reiterada sin justificación
- ✚ retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- ✚ presenta conductas antisociales: fugas, vandalismo, pequeños hurtos, etc.
- ✚ intento de suicidio y sintomatología depresiva
- ✚ regresiones conductuales (conductas muy infantiles para su edad)
- ✚ relaciones entre niño y adulto secreta, reservada y excluyente



Conducta del familiar, cuidador o responsable (10,11,20,41,42)

- ✓ Persona que sufrió maltrato en su infancia, utiliza una disciplina severa inapropiada para la edad.
- ✓ No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
- ✓ Percibe al niño de manera significativamente negativa (ejemplo: le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.)
- ✓ Psicótico o psicópata.
- ✓ Abusa del alcohol o de otras drogas.
- ✓ Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.
- ✓ expresan dificultades en su matrimonio.
- ✓ recogen y llevan al niño al colegio sin permitir contactos sociales .
- ✓ los padres están siempre fuera de casa (nunca tienen tiempo)
- ✓ nunca acuden a las reuniones del colegio.
- ✓ trato desigual entre los hermanos.
- ✓ no justifican las ausencias de clase de sus hijos.
- ✓ son celosos y protegen desmesuradamente al niño

Abuso sexual

A.- Indicadores físicos (10,11,28,41,42)

- ✚ Dificultad para andar y sentarse, ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, se queja de dolor o picor en la zona genital, presencia de una enfermedad venérea.
- ✚ Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.



- ✚ Tiene el cérvix o la vulva hinchadas o rojas.
- ✚ Tiene semen en la boca, genitales, o en la ropa.
- ✚ Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).
- ✚ Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- ✚ Escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas.
- ✚ Eritema, erosiones y/o petequias en región intraoral, particularmente en la unión entre el paladar duro y blando.
- ✚ Hematomas por succión en cuello y/o mamas.
- ✚ Signos asociados a sofocación parcial (petequias peri orbitarias, marcas en el cuello).
- ✚ Hemorragia genital o rectal.
- ✚ Vulvitis y vulvovaginitis (dolor, picor, inflamación y/o flujo).
- ✚ Balanitis y balanopostitis; parafimosis.
- ✚ Presencia de semen en piel, región peri oral, cavidad oral, genitales, ano o ropa.
- ✚ Lesiones genitales o anales recientes, externas o internas, en ausencia de una explicación accidental adecuada: edemas, laceraciones, abrasiones, contusiones, desgarros, cortes transversales, avulsiones, hematomas, equimosis, petequias, etc.
- ✚ Enfermedades de transmisión sexual no adquiridas por vía perinatal.



B.- Indicadores comportamentales (10,11,41,42)

- Parece reservado, rechazante, con fantasía o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado.
- Tiene escasa relación con sus compañeros.
- Comete acciones delictivas o se fuga.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extrañas, sofisticadas o inusuales.
- Dice que ha sido atacado/a por su padre, madre o cuidador.

C.- Conducta del familiar, cuidador o responsable (10,11,41,42)

- Extremadamente protector o celoso con el niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.

Negligencia

A- Indicadores físicos (10,11,28,39,42)

- Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento e "inapropiadamente" vestido, constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- Cansancio o apatía permanentes, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ejemplo: heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios. Es explotado, se le hace trabajar excesivamente en quehaceres domésticos o laborales que no estén de acuerdo con su edad, no va a la escuela, ha sido abandonado.



- Consecuencias por negligencia en el cuidado odontológico: caries en número abundante, no tratadas, falta de dientes, granulomas y otras enfermedades periodontales, pérdida del color normal de los dientes.
- Consecuencias por falta de seguridad en el hogar y el cuidado parental: caídas, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamiento, incendio del hogar, secuelas por accidentes, muerte.
- Consecuencias por negligencias en el cuidado médico: ausencias de vacunaciones, descuido de enfermedades infecto contagiosas evitables, retraso en la búsqueda de asistencia médicas para trastornos graves, no cumplimiento de tratamientos médicos prescritos para la enfermedad de base del menor, supervivencia corta en enfermedades que está demostrado largos períodos de vida, complicaciones de su trastorno de base por falta de atención médica, escaso desarrollo de habilidades psicomotoras por falta de estimulación adecuada.

B.- Indicadores comportamentales (10,11,39,42)

- Participa en acciones delictivas (ejemplo: vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc.).
- Pide o roba comida.
- Ausentismo escolar.
- Dice que no hay nadie que lo cuide.

C.- Conducta del familiar, cuidador o responsable (10,11,39,42)

- Abuso de drogas o alcohol.
- La vida en el hogar es caótica.
- Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Está mentalmente enfermo o tienen un bajo nivel intelectual.
- Tiene una enfermedad crónica.
- Fue objeto de negligencia en su infancia.



Maltrato y abandono emocional

A.- Indicadores físicos (10,11,42)

- El maltrato emocional es menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño, padres o familiares.
- Intenta ocultar la lesión.
- Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento.
- Enfermedades de origen psicosomático.
- Retraso en todas o en algunas áreas madurativas.

B.- Indicadores comportamentales (10,11,42)

- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente, es extremadamente agresivo, exigente o rabioso, muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado "de adultos" (ejemplo: hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (ejemplo: mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis).
- Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual.
- Intento de suicidios.
- Trastornos psicosomáticos.
- Fingimiento de síntomas.
- Agravamiento de enfermedades.

C.- Conducta del familiar, cuidador o responsable (10,11,28,39,42)

- Culpa o desprecia al niño.
- Es frío o rechazante.
- Niega amor.
- Trata de manera desigual a los hermanos,
- parece no preocupado por los problemas del niño.



- Exige al niño muy por encima de sus capacidades físicas, intelectuales o psíquicas.
- Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.
- Exhibe falta de afecto en el trato hacia el niño.
- No calma el llanto del niño.
- Facilita u obliga a permanencias prolongadas en la cama.
- Rechaza verbalmente al menor.
- Aparta al niño de interacciones sociales.
- Está poco disponible para el menor cada día.
- Ridiculiza al niño en público.
- Coloca al niño en situaciones muy peligrosas.

MANEJO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA PEDIATRICA

Las actividades que conformarán los procedimientos corresponderán: (44)

1. Se recibe al paciente en admisión donde se realiza el dato de ingreso habitual que debe consignar motivo de consulta e identificar al acompañante.
2. El paciente es llamado a sala de control de signos, donde el técnico paramédico a cargo avisará a la enfermera de turno.
3. La enfermera llevará al paciente y acompañante a la sala de acogida y registrara su ingreso, debe registrar nombre, parentesco y teléfono de los acompañantes.
4. La enfermera deberá comunicar al médico jefe de turno sobre el paciente.



5. El médico jefe de turno designará al médico responsable de la atención del menor.
6. El médico asignado debe realizar una entrevista al niño para observar si es capaz de dar un relato de lo que sucedió, y de igual manera a la persona que lo trae, para comparar las dos historias y así poder tomar las decisiones pertinentes a cada caso.
7. Decidir la hospitalización inmediata del menor.
8. Se debe sospechar maltrato y hospitalizar en los siguientes casos:
 - Todos los menores de un año con fractura.
 - Todos los niños con fractura de cráneo.
 - Todos los niños con historia de agresión dada por ellos o su acompañante.
 - Todos los niños que presentan lesiones sospechosas de agresión en la cara y cuello (equimosis, hematomas).
9. El jefe de turno hará denuncia del maltrato solo en caso de compromiso grave debidamente calificado por historia o examen físico sugerente, que determine su ingreso a UCI o intermedio.

OPERATIVIDAD DE LA ATENCIÓN DEL MALTRATO AL MENOR:

El objetivo es brindar una atención integral a la triada implícita en el desencadenamiento de las acciones de maltrato: el niño, niña o adolescente, su núcleo de convivencia y el agresor o los agresores. Esto obliga a la formación de equipos mínimos interdisciplinarios en las instituciones, que tengan capacidad de análisis y resolución de la situación en forma inmediata o mediata, siguiendo de manera operativa, las fases lógicas en la intervención sobre un caso de maltrato: (4)

1. Detección
2. Denuncia
3. Análisis



4. Convalidación
5. Corroboración diagnóstica
6. Tratamiento
7. Derivación (en algunos casos)
8. Seguimiento
9. Finalización

TRATAMIENTO

Este se debe plantear de acuerdo con las necesidades inmediatas o mediatas del caso y considerarlo desde las áreas médica, psicológica, psiquiátrica, social, jurídica y psicopedagógica. En algunas ocasiones, el equipo institucional se encuentra en capacidad de resolver por sí solo la situación; si embargo, en otras, debe solicitar la colaboración de más instituciones adscritas a la red. Por este motivo, pueden presentarse algunos tipos de derivación, como las siguientes:

1. **Derivación parcial:** cuando una institución puede dar la atención en algunas, pero no en todas las áreas que el niño, su familia o el maltratador lo requieran, se deriva a otra institución o instituciones que si pueden hacerlo. Se utilizan instrumentos de interconsulta, aplicando un sistema de referencia y contrreferencia establecido previamente.
2. **Derivación total:** cuando una institución, en donde fue detectado o denunciado el caso de maltrato, no puede ofrecer atención en alguna de las áreas requeridas, se deriva a otra en la que si se pueda hacerlo.



SEGUIMIENTO

1. Evolución favorable.
2. Evolución parcialmente favorable.
3. Evolución desfavorable.

FINALIZACIÓN:

Hace referencia a la conclusión de la atención de un caso de maltrato por parte de la institución, ya sea en un área de atención o en todas. Si la institución finaliza la atención en todas las áreas, quiere decir que el caso se cierra para la institución y a menos que las personas involucradas en el caso, u otra institución de la red lo soliciten, no se realizará acción alguna.

COMPLICACIONES Y SECUELAS

En cualquiera de sus múltiples formas, la violencia ejercida contra los niños y los adolescentes origina alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como daños y secuelas de variada intensidad en la salud y, en casos extremos hasta la muerte.(4)

Niños y adolescentes que tienen derecho a ser felices, a recibir educación, alimentación adecuada, se ven condenados a circunstancias que son la antítesis de lo anteriormente citado. Esto ocasiona severas alteraciones en su maduración psicológica y social. Crecen sintiéndose inferiores, despreciados y se genera un resentimiento profundo con la sociedad que se manifestará en conducta delictual o disfuncional en muchos ámbitos, hasta la aparición de enfermedades sicosomáticas infantiles y propensión a la drogadicción. La integración de pandillas muchas veces se relaciona con maltrato y con familias



disfuncionales y esa es una de las causas de delincuencia, consumo de drogas, prostitución, etc.

Cuando esos niños llegan a ser padres conforman familias disfuncionales en las cuales el maltrato a la nueva generación de niños será la norma; es la repetición de lo vivido y aprendido en su infancia cuando no la revancha de su desgraciada niñez y juventud. **Se considera que un 34% de niños ecuatorianos sufren maltrato de sus padres, en diferentes maneras.** (14)

Algunos autores afirman que existe relación entre el maltrato de niños y adolescentes y el suicidio en la adolescencia. De los 21 enfermos atendidos en un año por intento de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico en la ciudad de México, casi un 50% tenía antecedentes de haber sufrido maltrato, nueve tipos físicos y uno de tipo sexual.



III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

1. Establecer el diagnóstico diferencial entre maltrato físico, abuso sexual y negligencia con lesiones accidentales en niños, niñas y adolescentes hasta los 15 años, que acuden al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características de las lesiones de piel, óseas, genitales, ano y otras en todos los niños/as, adolescentes entre 0-15 años que consulten en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso.
2. Investigar sobre los factores de riesgos de maltrato validados en la literatura, en todos los niños/as y adolescentes hasta los 15 años que consulten en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso.
3. Definir el diagnóstico definitivo de maltrato, aplicando los indicadores creados para ello y usados en el AIEPI.
4. Observar la incidencia de maltrato en el servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por este medio comparándolo con la de meses anteriores a este trabajo.



IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de investigación que realizamos fue cuantitativa, según el tiempo de ocurrencia de los hechos fue prospectivo, según el periodo y secuencia del estudio fue transversal y según el análisis y alcance de los resultados, descriptivo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO:

Este proyecto de investigación fue realizado en Ecuador, Provincia del Azuay, Cantón Cuenca, sector urbano, en el departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, cuyas instalaciones se encuentran en la Avenida 12 de Abril y Avenida del Paraíso, a lado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Estatal de Cuenca.

Las personas que participaron dentro de esta investigación fueron todos los niños y adolescentes entre 0 meses y 17 años que llegaron al área de emergencia pediátrica entre los meses de abril, mayo y junio del año 2011, con algún tipo de lesión física ya sea evidente o manifestada por el paciente.



4.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Datos de filiación				
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> - Recién nacido - Lactante menor - Lactante mayor - Pre escolar - Escolar - Adolescente 	Años cumplidos.	<ul style="list-style-type: none"> • 0-30días • >30d -<1a • 1-2a • 3-<5a • 5-9a • 10-17a
SEXO	Condición orgánica que distingue a hombres y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer 	Presencia de genitales masculinos. Presencia de genitales femeninos.	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer
Factores de riesgo del niño:				
EMBARAZO PLANIFICADO	En el momento de la concepción la pareja deseaba tener un hijo.		El embarazo fue preparado con anterioridad por la pareja	Si No No contesta
Mal desempeño escolar	Bajo rendimiento escolar tanto en conducta como en aprovechamiento.		Libreta de calificaciones	Si No
Factores de riesgo de la familia				
Padre				
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un		Años cumplidos	15-20 21-25 26-30 31 o más



	individuo.			
Madre				
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.		Años cumplidos	15-20 21-25 26-30 31 o más
Controles prenatales	Recibió atención médica durante el embarazo	Adecuados Inadecuados Ninguno	Número de controles realizados.	Minimo 4 Menos de 4 Ningún control
Lugar de nacimiento	Espacio donde se atendió el parto.			Domicilio Hospital Otro C. de Salud
Problemas relacionales entre la pareja	Situaciones que impiden mantener armonía entre la pareja.			Si No
Violencia familiar	Acción violenta o contra el natural modo de proceder, que lleva a agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales	Conyugues Conyugues-hijos Entre hermanos Otros		Si No
Consumo frecuente de alcohol	Consumo de 2 veces por mes en los últimos 6 meses			Si No
Migración	Acción de un individuo de pasar de un país			Si No



	a otro para establecerse en él.			
Hacinamiento	Acumular, juntar sin orden		Índice mayor a 3	Si No
Diagnóstico de sospecha de maltrato				
Presencia de lesiones físicas	Cualquier lesión física que se pueda observar en el Pcte	Si No	Examen físico	1. Cutáneas: hematomas quemaduras petequias mordeduras Heridas punzantes Desgarros Equimosis Laceraciones Heridas cortantes Cicatrices antiguas Otras 2. Oseas Fractura Luxación Otra 3. Neurológicas Irritabilidad Somnolencia Perdida de la conciencia Comportamiento anormal Hemorragia retiniana Letargia Convulsiones Otra



				4. Genitales y/o ano Erosiones Desgarros Sangrado Hematomas Ulcera Secreciones Otra
Antigüedad de las lesiones	Tiempo desde que se produce la lesión hasta que consulta.			Menor a 1 día Entre 1-5 días Entre 6-10 días Más de 10 días
La consulta es tardía	Demasiado tiempo transcurrido desde la lesión hasta la consulta.			Si No
Discordancia	No concuerda la lesión y la historia relatada			Si No
Valoración de la sospecha de maltrato				
Lesión en genitales y/o ano.	Cualquier lesión antes descrita		Examen físico	Si No
Niño expresa ser víctima de maltrato	El niño nos cuenta que le sucedió		Interrogatorio	Si No
Comportamiento alterado del niño				Si No
Niño descuidado en su higiene				Si No
Diagnóstico definitivo				
Compatible con alguna forma de maltrato				Si No



Forma de maltrato				Físico Negligencia Psicológico Sexual Otro
Sospecha de maltrato				Si No

5. UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo comprendió todos los pacientes con lesiones físicas que acudieron al área ya mencionada.

La muestra estaba formada por todos los casos que se presentaron en el transcurso del tiempo estimado para la recolección de la información, que en este caso fue de un trimestre del 2011, específicamente en los meses de abril, mayo y junio. El tipo de muestreo fue no probabilístico tipo accidental.

6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Métodos: Los métodos que utilizamos en la recolección de la información de nuestra tesis fueron la observación y la encuesta. La observación nos ayudó en la obtención de las características semiológicas de las lesiones físicas que presentaron los individuos en estudio, así como del comportamiento del niño y su acompañante. La encuesta se utilizó para obtener cierto tipo de información directamente desde los pacientes y sus acompañantes cuando podían proporcionárnosla.

Técnica: La que empleamos en nuestro proyecto fue la entrevista estructurada.



Instrumentos: En esta investigación nuestros instrumentos fueron Formularios.
(Anexo 3).

7. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

10.1 Autorización

Se presentó una solicitud al Jefe de emergencia del hospital Vicente Corral Moscoso Dr., Francisco Figueroa, así como al Jefe del área de emergencia pediátrica Dr. Boris Calle, donde se pidió su autorización para la recolección de la información necesaria para nuestro proyecto dentro de sus instalaciones.
(Anexo 1-2)

10.2 Tiempo

El tiempo que nos tomó la realización de esta tesis fue de 14 meses aproximadamente. Tiempo en el que hemos logrado cumplir con todas las actividades del cronograma.

10.3 Proceso

La información fue recolectada por las 3 investigadoras principalmente, quienes nos turnábamos para poder cubrir el tiempo especificado en el cronograma para la recolección de los datos. En caso de no poder ninguna se contó con la ayuda de los internos de emergencia pediátrica que estaban rotando en el área así como la ayuda de los médicos residentes. De esta manera se realizó la recolección de la información entre los meses de abril, mayo y junio del 2011.

10.4 Capacitación

Se realizó la capacitación de internos y residentes del área de emergencia pediátrica para que conozcan los objetivos de esta investigación y estén preparados para llenar correctamente los formularios, capacitación que fue



dada por el director de la tesis, Dr. Hugo Calle antes de iniciar la recolección de datos; en la misma se abordó principalmente el maltrato en niños y adolescentes, las diferencias entre las lesiones físicas intencionales y los accidentes, y sobre todo la importancia de la realización de este trabajo.

10.5 Consideraciones Éticas:

Uno de los objetivos de esta investigación fue diferenciar las lesiones intencionales de las accidentales en los niños y adolescentes que acudieron al área de emergencia pediátrica para recibir atención médica. Los casos diagnosticados como maltrato fueron derivados hacia el DINAPEN, razón por la cual en el formulario constaron los datos de identificación del paciente, con el propósito de que pueda recibir ayuda y se logre detener esta cadena de violencia.

Los casos diagnosticados como **sospecha de maltrato fueron evaluados por un Pediatra en consulta externa**, contando con la ayuda del Dr. Hugo Calle, quien nuevamente evaluó al paciente, y él fue el encargado de derivar a la institución antes mencionada para que tomen las medidas pertinentes en cada caso.

Como los individuos sometidos al estudio eran menores de edad, necesitábamos de la autorización del responsable legal del menor para que pueda participar dentro del proyecto, pero por la complejidad del tema no se les pidió la autorización respectiva, porque en el caso de que la persona acompañante sea el agresor no hubiese estado dispuesto a colaborar o en otros casos no llegaban con su representante legal.

Toda la información que se recolectó en los formularios fue exclusivamente manejada por las investigadoras, garantizando de esta manera la confidencialidad de la misma; excepto los formularios de los casos de maltrato a



los que tuvieron acceso el personal del DINAPEN, institución que continuó el caso.

10.6 Plan De Tabulación Y Análisis:

Con la información recolectada se creó una base de datos en Excel 2010, en donde se ingresaron todas las variables descritas en el formulario.

Todos estos datos fueron analizados en el programa SPSS 15, el mismo que nos sirvió para obtener las frecuencias de cada variable, que casi en su totalidad fueron cualitativas; así como en la elaboración de las tablas de asociación de variables con sus correspondientes porcentajes y gráficos.

El análisis fue mediante la obtención e interpretación del chi cuadrado.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividades	Tiempo en Meses										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Elaboración, Presentación y Aprobación del Protocolo.	xxxx	xxxx	xxxx								
Plan piloto				xx							
Capacitación para internos y médicos residentes.				xx							
Recolección de los datos					xxxx	xxxx	xxxx				
Tabulación								xxxx			
Análisis e Interpretación de Datos									xxxx		
Elaboración del informe final										xxxx	
Presentación del informe final											x



9. RECURSOS

9.1 Humanos:

- Dr. Hugo Calle, Director de Tesis.
- Asesor de la Tesis
- Investigadoras: Gabriela Montesdeoca, Jenny Morocho, Claudia Ojeda
- Internos que roten por emergencia pediátrica
- Residentes de emergencia pediátrica
- Niños y adolescentes hasta los 15 años que entren en la investigación

9.2 Materiales:

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio total
Tiempo en Computadora	400 horas	0.8	320
Fotocopias	400	0,02	8
Esferos	1 (caja)	5	5
Cámara fotográfica	1	300	300
Gastos de Impresión.	2	30	60
Gastos de Anillado	1	2	2
Gastos de Empastado.	1	20	20
Alimentación	72	1.5	108
Transporte	90	1	90
Gastos de Teléfono (tarjeta)	3	10	30
Imprevistos	1	50	50
Total			993



9.3 Económicos

Se cree que en toda la elaboración de la investigación se gastará aproximadamente unos 993 dólares americanos, los mismos que serán financiados por las investigadoras.



V. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados obtenidos en nuestra investigación a continuación serán expuestos en tablas y gráficos.

Pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso distribuidos según:

SEXO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

La presencia de sospecha de maltrato es mayor en el sexo masculino con un porcentaje de 6.17 %, y el 4.12 % corresponde al sexo femenino. Se puede justificar esta elevada tendencia en el grupo de varones, al relacionar el tipo de juego y la impulsividad del grupo mayoritario. El resto de individuos están dentro del grupo que no tienen ninguna sospecha de maltrato.

El chi cuadrado es de 0.223, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el sexo del niño no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 1

Sexo	Sospecha de maltrato					
	NO	%	SI	%	Total	%
FEMENINO	277	33,54	34	4,12	311	37,65
MASCULINO	464	56,17	51	6,17	515	62,35
Total	741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 0.223 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

**EDAD Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.****Cuenca – 2011**

En el grupo con sospecha de maltrato predomina el 6.29% de casos que corresponden a niños en **edad escolar**. Probablemente se relacione este dato estadístico a que en esta edad es en donde existe una mayor susceptibilidad para que los niños sean víctimas de maltrato y accidentes, ya que son muy activos y muy difíciles de controlar por los padres o cuidadores. A veces las expectativas frustradas de los padres en relación al desempeño escolar pueden desencadenar actos de violencia.

El chi cuadrado es de 10.20, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que la edad del niño no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 2

Sospecha de maltrato							
edad		NO	%	SI	%	Total	%
	RN	3	0,36	0	0,00	3	0,36
	LACTANTE	133	16,10	4	0,48	137	16,59
	PRE-ESC	144	17,43	20	2,42	164	19,85
	ESCOLAR	388	46,97	52	6,29	440	53,27
	ADOLESCENTE	73	8,84	9	1,09	82	9,93
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

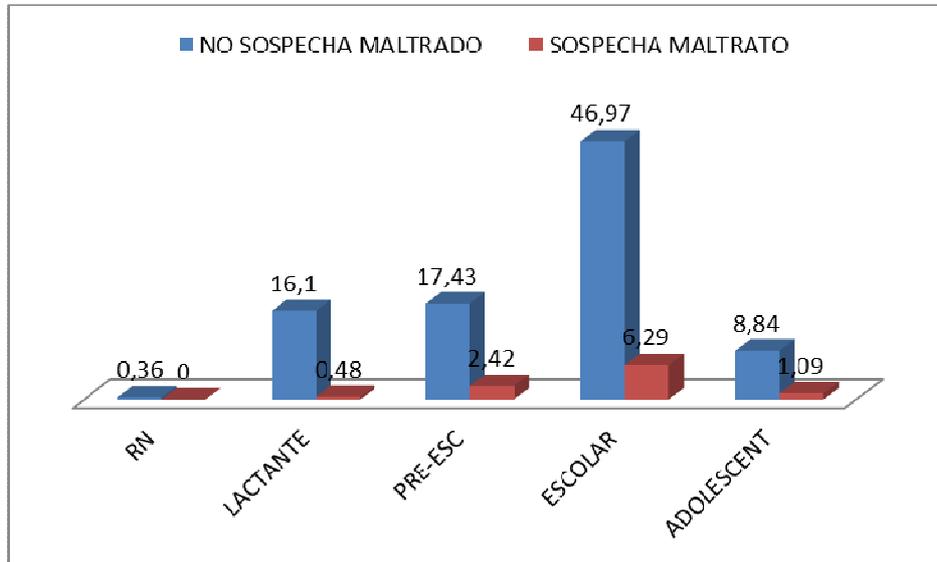
$$X^2 = 10.20 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



GRAFICO # 1



Fuente: tabla 2

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

**PROCEDENCIA Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.****Cuenca – 2011**

De los casos relacionados con posible maltrato el 8.11% provienen de la zona urbana lo que nos podría orientar a que este es un factor frecuentemente asociado pues los niños se encuentran expuestos constantemente a imágenes de violencia de diferente índole tanto en periódicos, televisión, etc., además de que quedan al cuidado de personas que no siempre están capacitadas para el cuidado de los niños.

El chi cuadrado es de 1.002, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que la procedencia del niño no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 3

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Procedencia	OTRA PROV.	3	0,36	0	0	3	0,36
	RURAL	130	15,73	18	2,18	148	17,92
	URBANO	608	73,60	67	8,11	675	81,72
Total		741	89,71	85	10,29	826	100

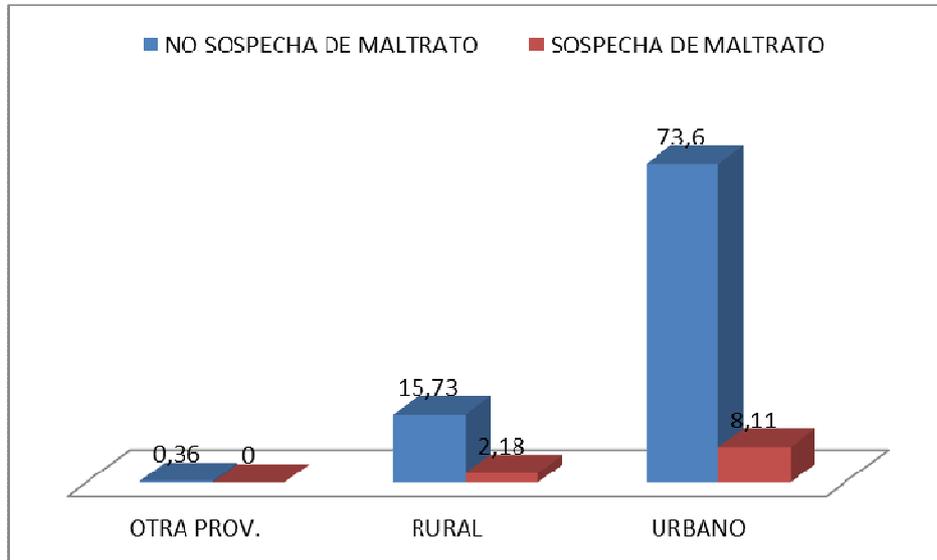
$$X^2 = 1.002 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



Gráfico # 2



Fuente: tabla 3

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

ESTADO NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

En esta tabla podemos observar que el mayor número de niños tienen un **estado nutricional bueno**, independientemente si sufren o no de maltrato, con un porcentaje de 9.20% y 83.41% respectivamente, un estado nutricional malo con 1.08% dentro del grupo con sospecha, lo que tiene clara relación.

El chi cuadrado es de 1.42, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el estado nutricional del niño no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 4

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Estado Nutricional	BUENO	689	83,41	76	9,20	765	92,62
	MALO	52	6,29	9	1,08	61	7,38
Total		741	89,71	8	10,29	826	100

$$X^2 = 1.42 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

**SI EL EMBARAZO FUE PLANIFICADO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA
DE MALTRATO.
Cuenca – 2011**

A pesar de que la literatura muestra una relación de casos de maltrato con embarazo no planificado, en nuestro estudio este dato no es significativo pues de los casos de posible maltrato apenas el 4.84% se relaciona con embarazo no planificado. Además podemos observar que el haber sido un embarazo planificado no representó un factor de protección significativo con un porcentaje del 4.24% en los casos que no se relacionaron con ninguna forma de maltrato. En todo caso llama la atención el alto porcentaje, en general, de no planificación del embarazo.

El chi cuadrado es de 1.16, NO SIGNIFICATIVO (P > 0.001) lo que nos indica que la planificación del embarazo no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 5

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Embarazo planificado	NO	347	42,01	40	4,84	387	46,85
	NO CONTESTA	118	14,29	10	1,21	128	15,50
	SI	276	33,41	35	4,24	311	37,65
Total		741	89,71	85	10,29	826	100

$$X^2 = 1.16 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



MAL DESEMPEÑO ESCOLAR Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

A través del informe verbal de las notas escolares, observamos que el 2.78% de casos tienen sospecha de maltrato acompañada de mal desempeño escolar, o según referían sus padres “tienen malas notas, pierden los años”. El mal desempeño escolar es multifactorial y muchas de las veces no es comprendido ni aceptado por los padres o cuidadores, por lo que puede predisponer a un aumento de casos de maltrato.

El chi cuadrado es de 5.52, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el mal desempeño escolar no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 6

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Mal desempeño Escolar		196	23,73	17	2,06	213	25,79
	NO	418	50,61	45	5,45	463	56,05
	SI	127	15,38	23	2,78	150	18,16
Total		741	89,71	85	10,29	826	100

$$X^2 = 5.52 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

EDAD DEL PADRE Y SU RELACIÓN SON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

La edad del padre comprendida entre los 26 – 30 y 31 o más, se relacionaron con sospecha de maltrato con un porcentaje del 4.24% cada grupo. En los niños sin sospecha de maltrato el grupo que predominó fue el de 26 – 30 años con el 52.42%. Esto se podría atribuir a algunos factores como: número mayor de hijos en las familias, ocupaciones, falta de tiempo libre, problemas con la



pareja y otros que han construido estilos de crianza fáciles como es el empleo de la violencia.

El chi cuadrado es de 30.84, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que **la edad del padre si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 7

Sospecha de Maltrato							
		NO	%	SI	%	Total	%
Edad	15-20	19	2,30	4	0,48	23	2,78
	21-25	145	17,55	11	1,33	156	18,89
Del Padre	26-30	433	52,42	35	4,24	468	56,66
	31 O MAS	144	17,43	35	4,24	179	21,67
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 30.48 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

EDAD DE LA MADRE Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

La edad de la madre comprendida desde los 31 años tiene un porcentaje de 5.08% en los casos relacionados con sospecha de maltrato. Seguida del 3.51% entre los 26 a 30 años. Este dato estadístico se puede deber a que en el poco tiempo libre que poseen los padres, el estrés del trabajo puede influir negativamente en la relación con sus hijos, aumentando los valores de maltrato. El chi cuadrado es de 34.08, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que **la edad de la madre si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

**Tabla # 8**

Sospecha de maltrato							
		NO	%	SI	%	Total	%
Edad	15-20	22	2,66	4	0,48	26	3,15
De la	21-25	150	18,16	10	1,21	160	19,37
Madre	26-30	409	49,52	29	3,51	438	53,03
	31 O MAS	160	19,37	42	5,08	202	24,46
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 34.08 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

Podemos observar que en los casos de sospecha de maltrato, el 1.82% de madres se realizó un control prenatal inadecuado, es decir menos de 4 controles. Esta variable es importante ya que hablar de maltrato desde el momento de la concepción, con la negligencia en el cuidado del embarazo. Lo que llama la atención es el porcentaje elevado, 8.47% de los casos con sospecha de maltrato se han realizado controles adecuados.

El chi cuadrado es de 3.15, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que la cantidad de controles prenatales no influyen como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 9

Sospecha de maltrato							
		NO	%	SI	%	TOTAL	%
Control prenatal	ADECUADO	557	67,43	70	8,47	627	75,91
	INADECUADO	169	20,46	15	1,82	184	22,28
	NINGUNO	15	1,82	0	0,00	15	1,82
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 3.15 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

EL LUGAR DE NACIMIENTO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.
Cuenca – 2011

Teóricamente se dice que los niños que nacen en lugares que no son el hospital o clínicas privadas, son más susceptibles al abandono o negligencia de sus padres, pero en nuestro estudio podemos observar que la mayoría de los pacientes que constan dentro del grupo con sospecha de maltrato nacieron en el hospital, lo que indica que nacer en el domicilio no implica un factor de riesgo para maltrato.

El chi cuadrado es de 11.01, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el lugar de nacimiento no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 10

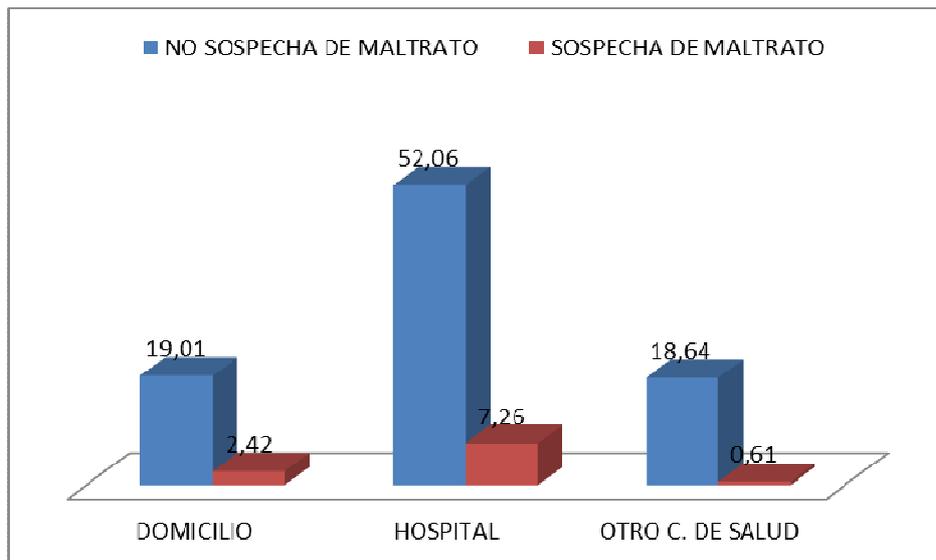
		Sospecha de maltrato					
Lugar de Nacimiento		NO	%	SI	%	Total	%
Lugar de Nacimiento	DOMICILIO	157	19,01	20	2,42	177	21,43
	HOSPITAL	430	52,06	60	7,26	490	59,32
	OTRO C. DE SALUD	154	18,64	5	0,61	159	19,25
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$\chi^2 = 11.01 \quad p > 0.001$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

Grafico # 3



Fuente: tabla 10

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



**PROBLEMAS EN LA PAREJA Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE
MALTRATO.
Cuenca – 2011**

Según informe verbal por parte de los padres quienes nos mencionaron sobre la existencia de problemas en la pareja de diferentes tipos. Dentro del grupo de maltrato *el 7.38% presentaron problemas dentro de la pareja*, dato muy importante para poderlo considerar como factor de riesgo.

El chi cuadrado es de 66.83, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que **los problemas en la pareja si influyen como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 11

Sospecha de maltrato							
		NO	%	SI	%	Total	%
Problemas en la pareja	NO	534	64,65	24	2,91	558	67,55
	SI	207	25,06	61	7,38	268	32,45
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

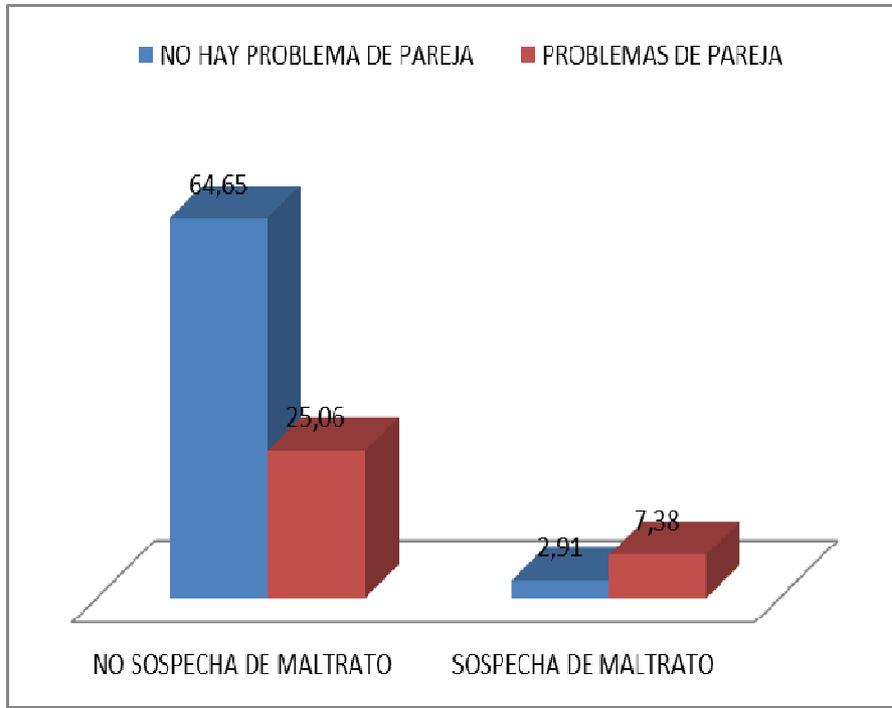
$$X^2 = 66.83 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



Gráfico # 4



Fuente: tabla 11

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

El 3.03% de los casos con sospecha de maltrato, se acompañó de la presencia de violencia intrafamiliar y el 7.26% del mismo grupo no presentó esta variable. Esto demuestra *que la violencia intrafamiliar puede o no estar presente en los casos de niños con sospecha, sin ser un factor de riesgo.*

El chi cuadrado es de 11.01, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que la violencia intrafamiliar no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES89



Tabla # 12

Sospecha de maltrato							
		NO	%	SI	%	Total	%
Violencia	NO	627	75,91	60	7,26	687	83,17
	SI	114	13,80	25	3,03	139	16,83
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 11.01 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

**CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE
MALTRATO.
Cuenca – 2011**

En el 8.23% de los casos del grupo con sospecha de maltrato, existió consumo frecuente de alcohol en la familia por parte de los padres, razón por la cual se puede considerar como un factor importante para riesgo de maltrato.

El chi cuadrado es de 46.79, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que **el consumo de alcohol si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 13

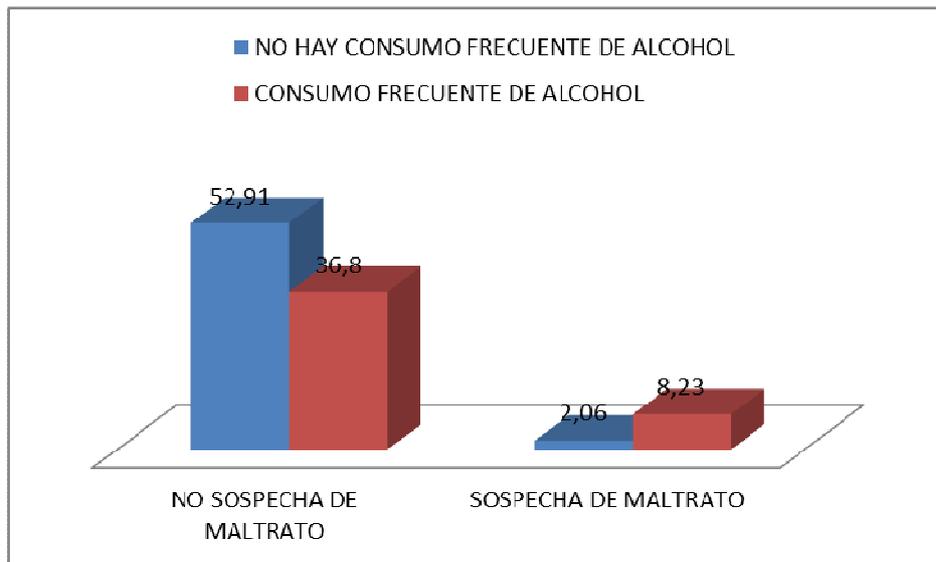
		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
alcohol	NO	437	52,91	17	2,06	454	54,96
	SI	304	36,80	68	8,23	372	45,04
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$X^2 = 46.79$ $p < 0.001$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

Gráfico # 5



Fuente: tabla 13

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



**PRESENCIA DE MIGRACIÓN EN LA FAMILIA Y SU RELACIÓN CON
SOSPECHA DE MALTRATO.**

Cuenca – 2011

En las familias de los grupos con sospecha de maltrato el 1.45% tiene algún familiar migrante. Siendo mayor la migración en el grupo sin sospecha de maltrato con un 22.52%. El 8.84% de casos con sospecha no tienen familiares que han migrado, por lo tanto estos niños deberían estar a cargo de sus padres, pero a pesar de esto son sometidos a situaciones donde no se respetan sus derechos.

El chi cuadrado es de 5.04, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el consumo de alcohol no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 14

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Migración	NO	555	67,19	73	8,84	628	76,03
	SI	186	22,52	12	1,45	198	23,97
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 5.04 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



FAMILIAR QUE HA MIGRADO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

En esta tabla observamos que de los casos con maltrato el 1.09% de la migración corresponde al padre de familia. En el grupo sin sospecha el 15.38% de los casos el que a migrado a sido el padre. Es minino el porcentaje en los que a migrado la madre con el 0.12% y 1.21% respectivamente.

El chi cuadrado es de 5.52, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el familiar que ha migrado no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 15

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Familiar que ha migrado	ninguno	555	67,19	73	8,84	628	76,03
	hermano	4	0,48	0	0,00	4	0,48
	madre	10	1,21	1	0,12	11	1,33
	padre	127	15,38	9	1,09	136	16,46
	padres	45	5,45	2	0,24	47	5,69
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 5.52 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

HACINAMIENTO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

En los casos con sospecha de maltrato vemos que apenas el 0.12% presenta hacinamiento, siendo mayor el porcentaje en el grupo de casos sin sospecha de maltrato 11.62%, con lo que podemos decir que *posiblemente el hacinamiento no es un factor de riesgo* para este grupo de niños estudiados.



El chi cuadrado es de 10.20, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el hacinamiento no influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 16

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
hacinamiento	NO	645	78,09	84	10,17	729	88,26
	SI	96	11,62	1	0,12	97	11,74
Total		741	89,71	85	10,29	826	100

$$X^2 = 10.20 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

LESIONES CUTÁNEAS Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

En esta tabla podemos observar que entre las lesiones cutáneas que presentan los casos con sospecha de maltrato están principalmente los **hematomas** con un 2.30%. En los casos donde no hay sospecha de maltrato lo que predomina es la presencia de heridas ya sean cortantes o punzantes en el 21.79%.

El chi cuadrado es de 40.24, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que **el tipo de lesión cutánea -sobre todo si son hematomas-, si influye como factor de alerta para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla #17

Cutáneas	Sospecha de maltrato					
	NO	%	SI	%	Total	%
CICATRICES	0	0,00	2	0,24	2	0,24
DESGARRO	2	0,24	2	0,24	4	0,48
EQUIMOSIS	18	2,18	3	0,36	21	2,54
HEMATOMA	128	15,50	19	2,30	147	17,80
HERIDAS	180	21,79	4	0,48	184	22,28
LACERACIONES	29	3,51	3	0,36	32	3,87
MORDEDURAS	14	1,69	2	0,24	16	1,94
OTRAS	17	2,06	2	0,24	19	2,30
QUEMADURAS	34	4,12	5	0,61	39	4,72
Total	741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 40.24 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

LESIONES ÓSEAS Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

En esta tabla podemos observar que las fracturas se presentan en el 1.57% de niños con sospecha de maltrato, la luxación en el 0%, y otro tipo de lesiones en el 2.42%. Las fracturas, luxaciones y otras son mas frecuentes en los casos de no sospecha de maltrato, considerando que estas son las lesiones que principalmente ocurren en los accidentes.

El chi cuadrado es de 9.01, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el tipo de lesión ósea no influye como factor alarma para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 18

Sospecha de maltrato							
óseas		NO	%	SI	%	Total	%
	FRACTURA	87	10,53	13	1,57	100	12,11
	LUXACION	7	0,85	0	0,00	7	0,85
	OTRA	98	11,86	20	2,42	118	14,29
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 9.01 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

LESIONES NEUROLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE
MALTRATO.
Cuenca – 2011

En esta tabla podemos observar que el 0.36% de niños con sospecha de maltrato presenta algún tipo de lesión neurológica, mientras que el 16.46% del grupo sin sospecha presenta lesión neurológica agrupada como otros.

El chi cuadrado es de 20.99, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que el familiar que el tipo de lesión neurológica no influye como factor de alarma para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 19

		Sospecha de maltrato					
Neurológicas		NO	%	SI	%	Total	%
	COMPORTAMIENTO ANORMAL	1	0,12	0	0,00	1	0,12
	CONVULSIONES	2	0,24	0	0,00	2	0,24
	OTRA	136	16,46	3	0,36	139	16,83
	PERDIDA DE CONCIENCIA	5	0,61	1	0,12	6	0,73
	SOMNOLENCIA	0	0,00	1	0,12	1	0,12
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 20.99 \quad p > 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

LESIONES A NIVEL DE GENITALES Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.
Cuenca – 2011

Podemos observar que las lesiones a nivel de genitales y ano, son **exclusivamente del grupo con sospecha de maltrato**. Se evidencia que el desgarro y hematoma observamos en el 0.12% y 0.36% de los casos mientras que en el grupo sin sospecha de maltrato otro es el tipo de lesión a nivel de esta área que ocupa el 100%. El mayor número de casos en el grupo con sospecha se debe a que probablemente la mayoría de lesiones a este nivel se da generalmente por **maltrato sexual**.

El chi cuadrado es de 40.24, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que el tipo de **lesión cutánea sobre todo si son hematomas si influye como factor de alerta para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 20

Genitales ano	Sospecha de maltrato					
	NO	%	SI	%	Total	%
NINGUNO	740	89,59	80	9,69	820	99,27
DESGARRO	0	0,00	1	0,12	1	0,12
HEMATOMA	0	0,00	3	0,36	3	0,36
OTRA	1	0,12	0	0,00	1	0,12
SANGRADO	0	0,00	1	0,12	1	0,12
Total	741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 43.95 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

**ANTIGÜEDAD DE LA LESIÓN Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE
MALTRATO.
Cuenca – 2011**

En el grupo con sospecha de maltrato, el mayor porcentaje relacionado con la antigüedad de la lesión, se presentó en menor a un día con un 8.72% y el 0.73% mayor a 10 días. En el grupo “sin sospecha” no hay un solo caso que haya acudido a consulta pasado los 10 días, con esto podemos evidenciar que las consultas tardías son mas frecuentes en los casos de sospecha de maltrato que en los que no pertenecen a este grupo. *La “consulta tardía puede a su vez ser un indicador de negligencia”.*

El chi cuadrado es de 69.90, NO SIGNIFICATIVO ($P > 0.001$) lo que nos indica que la el familiar que la antigüedad de la lesión no influye como factor de alarma para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 21

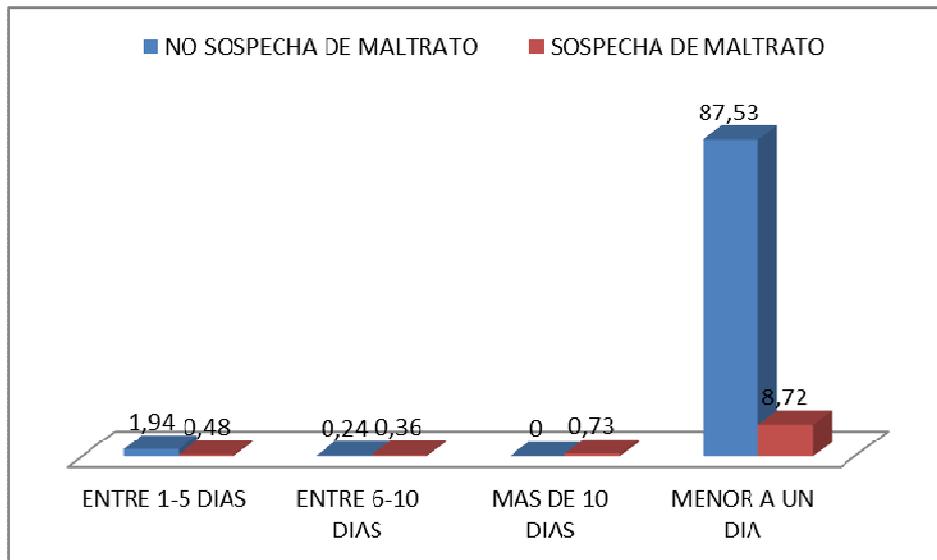
Sospecha de maltrato							
Antigüedad		NO	%	SI	%	Total	%
	ENTRE 1-5 DIAS	16	1,94	4	0,48	20	2,42
	ENTRE 6-10 DIAS	2	0,24	3	0,36	5	0,61
	MAS DE 10 DIAS	0	0,00	6	0,73	6	0,73
	MENOR A UN DIA	723	87,53	72	8,72	795	96,25
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$\chi^2 = 69.90$ $p > 0.001$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

Gráfico # 6



Fuente: tabla 21

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

**CONSULTA TARDÍA Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.****Cuenca – 2011**

En esta tabla se ve, que la *consulta tardía propiamente dicha* representa el 6.05% del total de niños que acudieron a emergencia pediátrica, los mismos que corresponde al 1.45% del grupo de sospecha y el 4.60% del sin sospecha. Quizá estos resultados se justifiquen, como sus padres mismo lo afirmaron durante la entrevista, al no ser maltrato no creen que sea una urgencia llevarlos a recibir atención médica a menos de que la situación se complique. Entonces a menudo los padres “se descuidaron” de llevar al médico, lo que se convertiría en una negligencia.

El chi cuadrado es de 10.836, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que la **consulta tardía si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 22

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Consulta tardía	NO	703	85,11	73	8,84	776	93,95
	SI	38	4,60	12	1,45	50	6,05
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 10.836 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



**DISCORDANCIA ENTRE EL RELATO DE LA HISTORIA Y SU RELACIÓN
SOSPECHA DE MALTRATO.**

Cuenca – 2011

EL 4.24% de los casos con sospecha de maltrato, tiene una discordancia en el relato de la historia y la manera en la que se produjo la lesión, mientras que en el 6.05% de este mismo grupo se mantenía una coherencia en el relato. Quizás la presencia de mayor discordancia en el grupo de sospecha, se debe a que ante la presencia de maltrato, el agresor intentará justificar de cualquier forma la lesión presente en el niño, para de alguna manera no salir involucrado. Incluso muchas de las veces se inventará la historia que produjo la lesión.

El chi cuadrado es de 298.212, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que la **discordancia en el relato de la historia si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 23

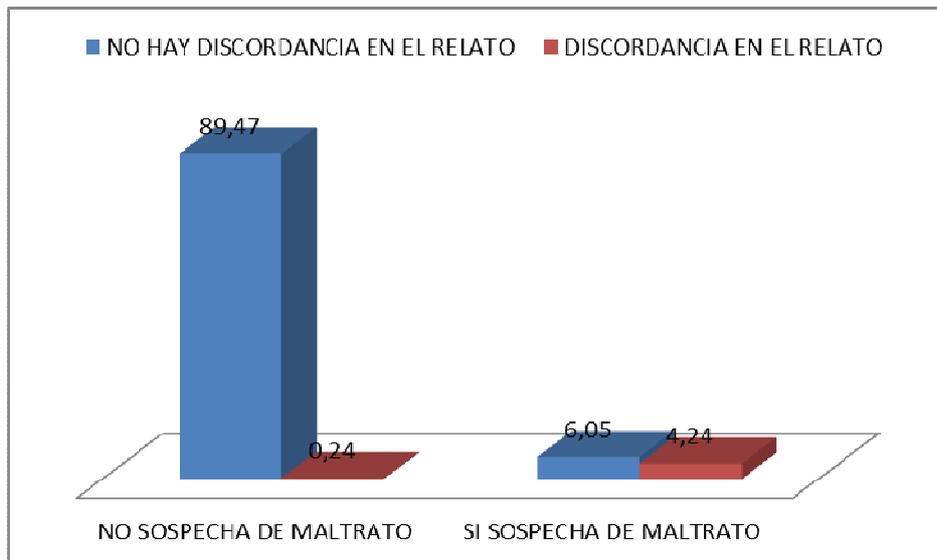
Sospecha de maltrato							
Discordancia en el relato de la historia		NO	%	SI	%	Total	%
		NO	739	89,47	50	6,05	789
	SI	2	0,24	35	4,24	37	4,48
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$\chi^2 = 298.212 \quad p < 0.001$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

Gráfico # 7



Fuente: tabla 23

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

En los casos de sospecha de maltrato, el 4% corresponde a lesiones a nivel de la cabeza, lo que nos sugiere que posiblemente las partes expuestas son más susceptibles de maltrato. También podemos observar que a nivel del tórax y extremidades inferiores el porcentaje es relativamente alto, con 1.82% y 1.33% respectivamente.

El chi cuadrado es de 38.550, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que la **localización de la lesión si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 24

Localización	Sospecha de maltrato					
	NO	%	SI	%	Total	%
ABDOMEN	12	1,45	6	0,73	18	2,18
CABEZA	390	47,22	33	4,00	423	51,21
CARA	90	10,90	10	1,21	100	12,11
CUELLO	4	0,48	0	0,00	4	0,48
EXTREMIDADES INFERIORES	79	9,56	11	1,33	90	10,90
EXTREMIDADES SUPERIORES	133	16,10	10	1,21	143	17,31
TORAX	33	4,00	15	1,82	48	5,81
Total	741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 38.550 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



**LESIÓN EN GENITALES Y ANO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE
MALTRATO.**
Cuenca – 2011

El 0.61% de casos dentro del grupo con sospecha de maltrato presentó alguna lesión a nivel de genitales y ano. Esto nos indica que deberíamos por norma revisar el área genital y perianal a todo paciente pediátrico que acude a emergencia para identificar algún tipo de lesión a nivel de estas áreas. Si las encontramos nos permitirá sospechar de maltrato sexual, por ser una área donde normalmente no ocurran lesiones accidentales.

El chi cuadrado es de 43.854, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que las **lesiones en genitales y/o ano si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 25

		Sospecha de maltrato				
		NO	%	SI	%	Total
Lesión genital y/o anal	NO	741	89,71	80	9,69	821
	SI	0	0,00	5	0,61	5
Total		741	89,71	85	10,29	826

$$X^2 = 43.854 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



NIÑO DICE QUE FUE MALTRATADO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.
Cuenca – 2011

De los casos con sospecha de maltrato, el 1.09% de los niños expresó espontáneamente que fue víctima de maltrato, y el 9.20% no se manifestó; probablemente por miedo a represalias o castigos por parte de sus padres o cuidadores.

El chi cuadrado es de 55.233, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que el hecho de que **el niño exprese espontáneamente que fue maltratado si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 26

Sospecha de maltrato							
	NO	%	SI	%	Total	%	
Niño dice que fue maltratado	NO	738	89,35	76	9,20	814	98,55
	SI	3	0,36	9	1,09	12	1,45
Total		741	89,71	85	10,29	826	100

$$X^2 = 55.233 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

COMPORTAMIENTO ALTERADO DEL NIÑO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.
Cuenca – 2011

Dentro del grupo con sospecha de maltrato el 4.48% de niños mostraron un comportamiento alterado que fue evaluado por medio de la observación directa y la irritabilidad o poca colaboración al momento del examen físico. Cabe recalcar que la

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES105



agresión física va acompañada de un componente que influye en el cambio de conducta del niño, por ende la valoración debe ser integral, física y psicológica.

El chi cuadrado es de 298.738, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que el **comportamiento alterado del niño si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 27

	Sospecha de maltrato				Total		
	NO	%	SI	%	NO	%	
Comportamiento alterado del niño.	NO	737	89,23	48	5,81	785	95,04
	SI	4	0,48	37	4,48	41	4,96
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 298.738 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

DESCUIDO DEL NIÑO EN SU HIGIENE Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.
Cuenca – 2011

El descuido del niño en su higiene en los casos con sospecha de maltrato se presentó en un 1.69%, porcentaje superior al 0.36% del grupo sin sospecha. Considerándose este valor como otra forma de maltrato, porque es muy evidente el descuido de los niños por parte de sus progenitores, llegando a la negligencia. No olvidemos que esto puede estar ligado a ciertos aspectos culturales, que en muchos sectores, hacen que la falta de higiene sea algo “natural” en la convivencia de la familia.

El chi cuadrado es de 97.638, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que el **descuido del niño en su higiene si influye como factor de riesgo**



para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 28

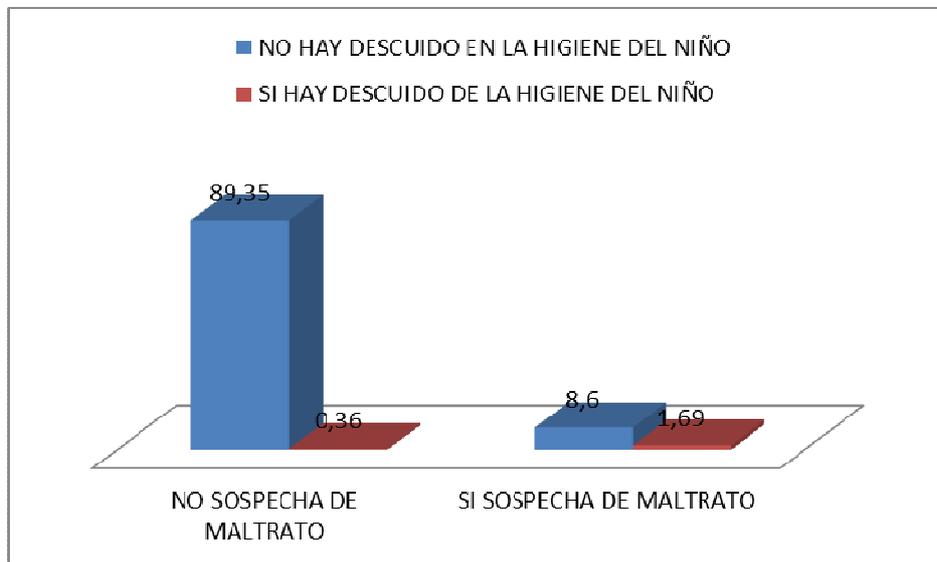
Sospecha de maltrato							
		NO	%	SI	%	Total	%
Niño descuidado en su higiene	NO	738	89,35	71	8,60	809	97,94
	SI	3	0,36	14	1,69	17	2,06
Total		741	89,71	85	10,29	826	100

$$X^2 = 97.638 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

Gráfico # 8



Fuente: tabla 28

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



**TIPO DE LESIÓN SUGERENTE DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON
SOSPECHA DE MALTRATO.**

Cuenca – 2011

El 7.26% de casos que presentaron lesiones sugestivas de maltrato se encontraban dentro del grupo de sospecha, el 3.03% de este mismo grupo no presentaban ninguna lesión que sugiera la presencia del mismo. Con esto podemos sugerir que cuando encontremos una lesión en las zonas donde se considera que son sitios propicios de maltrato, nos inclinemos a esta sospecha para poder hacer un examen más exhaustivo y así poder diagnosticar los casos de maltrato y realizar las acciones pertinentes.

El chi cuadrado es de 523.455, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que el **tipo de lesión sugerente de maltrato si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.

Tabla # 29

	Sospecha de maltrato						
		NO	%	SI	%	Total	%
Lesión sugerente de maltrato.	NO	737	89,23	25	3,03	762	92,25
	SI	4	0,48	60	7,26	64	7,75
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

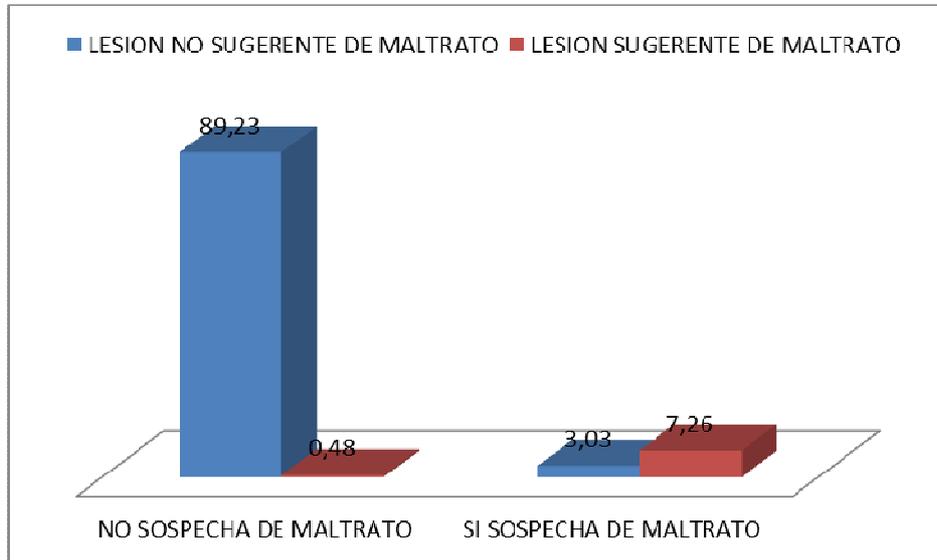
$$X^2 = 523.455 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios.

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



Gráfico # 9



Fuente: tabla 29

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

COMPATIBILIDAD CON ALGUNA FORMA DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.

Cuenca – 2011

El 8.72 % de casos del grupo con sospecha fue compatible con algún tipo de maltrato, quedando el 1.57 % sin compatibilidad. No es necesario que en todos los casos exista compatibilidad con algún tipo de maltrato para sospechar de la presencia del mismo. Existe una gran variedad de tipos de maltrato que pueden salirse de las convencionales y pasar inadvertidas.

El chi cuadrado es de 646.571, SIGNIFICATIVO ($P < 0.001$) lo que nos indica que la **compatibilidad con alguna forma de maltrato si influye como factor de riesgo para maltrato** en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCM.



Tabla # 30

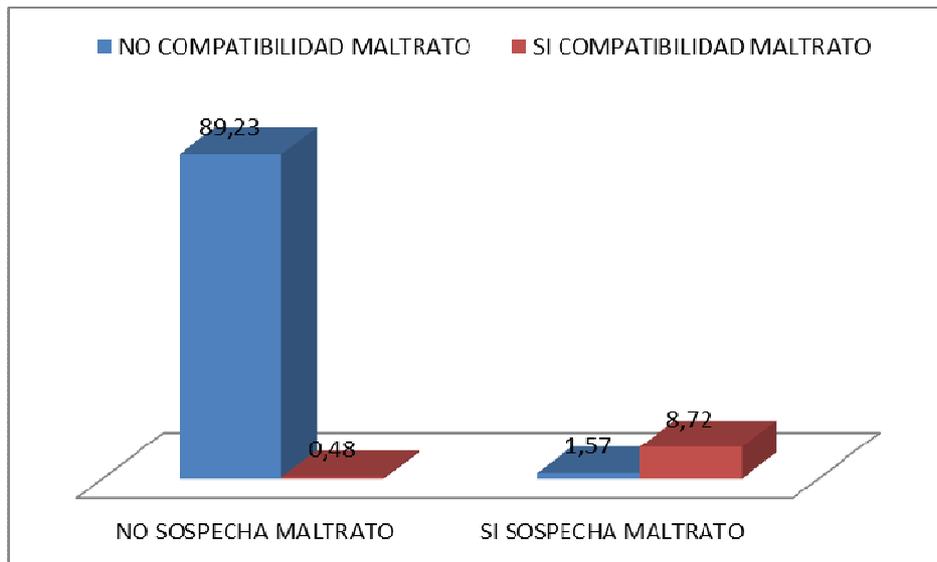
Sospecha de maltrato							
Compatibilidad con maltrato		NO	%	SI	%	Total	%
	NO		737	89,23	13	1,57	750
SI		4	0,48	72	8,72	76	9,20
Total		741	89,71	85	10,29	826	100

$X^2 = 646.571$ $p < 0.001$

Fuente: formularios

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

Gráfico # 10



Fuente: tabla 30

Elaboración: Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.

**FORMA DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON SOSPECHA DE MALTRATO.****Cuenca – 2011**

Dentro del grupo con sospecha de maltrato, la forma de maltrato más frecuente fue el físico con un 4.48 %, seguido de negligencia con 3.63 % y abuso sexual con 0.73 %. **No olvidemos que todo caso de maltrato va acompañado de un componente psicológico.** En la situación operativa de la investigación fue imposible indagar sobre el *maltrato psicológico*.

El chi cuadrado es de 658.750, SIGNIFICATIVO (P < 0.001) lo que nos indica que la forma de maltrato si influye como factor de riesgo para maltrato en los pacientes con lesiones físicas del departamento de emergencia pediátrica del HVCN.

Tabla # 31

		Sospecha de maltrato					
		NO	%	SI	%	Total	%
Forma de maltrato	OTRO	737	89,23	12	1,45	749	90,68
	ABUSO SEXUAL	1	0,12	6	0,73	7	0,85
	FISICO	3	0,36	37	4,48	40	4,84
	NEGLIGENCIA	0	0,00	30	3,63	30	3,63
Total		741	89,71	85	10,29	826	100,00

$$X^2 = 658.750 \quad p < 0.001$$

Fuente: formularios**Elaboración:** Montesdeoca G. Morocho J. Ojeda C.



VI. DISCUSIÓN.

El **maltrato** es un factor tan importante en la tasa de morbimortalidad infantil que constituye la segunda causa de muerte entre los menores de 5 años de edad, con exclusión de los niños en periodos neonatal, alrededor del 10% de las consultas en las salas de urgencias y mas de 4.000 muertos por esta causa cada año en estudios realizados en Estados Unidos. (4)

Las lesiones físicas causadas por traumas intencionales y no intencionales, sólo son superadas por los padecimientos infecciosos de las vías respiratorias. Además se otorga 16 millones de consultas por año en el área de urgencias para atender este problema. En algunos países de América Latina la situación es igual, es decir, las lesiones ocupan el primer lugar de muerte a partir del primer año de edad. León López y Vandama Brizuela publicaron que las lesiones por accidentes constituyen la primera causa de muerte en personas de 1 a 49 años de edad y ocupan el 4to lugar en las estadísticas generales de mortalidad, lo que significa un gran reto para nosotros.

Estos autores consideran que los **accidentes en la infancia** constituyen una forma de maltrato infantil y que resultan de la negligencia de los padres y de la comunidad.

Según estudios realizados por centros como el INNFA y SIREPAM, en la población del Ecuador (alrededor de 12 millones) un 33% (6 de cada 10), tiene menos de 15 años. En Quito y Guayaquil, 27% de la población de 0 a 10 años (850.000 menores) son castigados al menos una vez por semana, y 1 de cada 3 es víctima de abuso sexual. 150 mil niños/as viven sin sus progenitores, bajo el cuidado de abuelos/as, tíos/as, hermanos o amigos de la familia, por la migración de más de 1 millón de personas entre 1999 y 2001.



Nuestro estudio consta de 826 pacientes que acudieron al servicio de emergencia pediátrica del HVCM por presentar lesiones físicas entre los meses de abril a julio del año 2011, de los cuales el 50 % de los casos de maltrato se presentaron en los hombres a diferencia del 34% en las mujeres lo que nos podría orientar a que el sexo es un factor de riesgo, pues los varones son mucho mas traviosos e impulsivos que las mujeres, pudiendo ocasionar que en este grupo los castigos por parte de sus padres sean mayores.

En un estudio realizado en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del instituto de Pediatría con 173 casos en el que el sexo no es un factor de riesgo para maltrato pues en este estudio las lesiones de tipo accidentales fueron más comunes en el sexo masculino. Es importante también mencionar que la edad en la que se presentaron los índices más altos de lesiones relacionadas con maltrato fue en la edad escolar con un 6.24% del total, lo que podría orientarnos que al ser esta etapa de gran actividad por parte de los niños, los padres no sepan como comportarse y reaccionar ante los juegos y travesuras de sus hijos y, sumado al estrés del trabajo o de las actividades diarias les hagan reaccionar de manera incorrecta contra sus hijos.

En cambio, en estudios realizados se ha demostrado que la edad en la que más frecuentemente se presenta lesiones de tipo accidentales es en menores de 4 a 6 años que coinciden con los datos obtenidos en nuestro estudio pues el 4.26% de lesiones no accidentales se presentaron en este grupo. En cambio, la localización anatómica *más frecuente fue la cabeza* con un 4% dentro del grupo con sospecha de maltrato lo que nos puede demostrar que las zonas más expuestas están predispuestas a sufrir lesiones por maltrato, esto coinciden con estudios en los que se demuestran que las zonas corporales expuestas como la cabeza, cara, extremidades, espalda son zonas tradicionales de castigo.

Es importante señalar que los hematomas y moretones producidos por lesiones no accidentales y que se presentan de **forma bilateral casi siempre son**



provocados, y se encuentran frecuentemente en zonas prominentes del organismo que actúan como superficie de choque. Este dato se confirma en nuestro estudio, pues los hematomas se presentaron en un 2.30% de los casos que estuvieron relacionados con posible maltrato.

Con respecto a la distribución según compatibilidad de lesiones relacionadas con formas de maltrato el 8.72% fueron afirmativas por el formulario empleado. Y según la forma de maltrato, en primer lugar está el físico con un 4.48%, la negligencia en un 3.63% y el abuso sexual en un 0.73% del total de casos.

Datos del Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (Compina) -de Quito- revela, que las formas más comunes de maltrato contra este sector de la población **son el psicológico y físico**, aunque se registran también datos por violencia sexual y maltrato institucional.

Lo datos obtenido en nuestro estudio a nivel del Azuay coinciden con los estudios realizados a nivel nacional.

- La exploración física empleada en el diagnóstico y diferenciación de lesiones accidentales y no accidentales debe ser minuciosa con la finalidad de detectar pequeños signos de maltrato.
- La exploración debe incluir el desarrollo motor para dilucidar si la lesión es compatible o no con el grado de desarrollo del paciente, lo cual también nos podría sugerir si es o no una lesión de tipo accidental.
- Además se valora también el estado nutricional y la existencia o no de signos sugerentes de negligencia en el cuidado de heridas, maltrato previo o abandono emocional, también se observará la actitud del niño frente a sus padres o tutores.



VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. Del total de casos relacionados con sospecha de maltrato, el 6.17% se presentaron en los hombres a diferencia del 4.12% en las mujeres, por lo que concluimos que el **sexo** es un factor de riesgo.
2. El **consumo de alcohol** es un factor predisponente que se relaciona de manera importante con casos de posible maltrato, pues en nuestro estudio tuvo un porcentaje del 7.62 %.
3. La **edad** en la que se presentaron la mayor cantidad de casos relacionados con posible maltrato fue en la **escolar** con un 6.24 % convirtiéndose en un importante factor de riesgo pues esta es una etapa del desarrollo en la que existe gran actividad física y curiosidad por investigar lo desconocido lo que predispone a que sean víctimas de castigos por parte de los padres o sus cuidadores.
4. Las lesiones físicas cutáneas que más se relacionaron en su mayoría con lesiones accidentales fueron las **heridas de tipo cortantes**. En cambio en los casos que se relacionaron con posible maltrato los **hematomas** se presentaron en su gran mayoría en un 2.80%
5. Debido al porcentaje importante de detecciones sobre maltrato que se logró con el formulario, **creemos necesario se utilice dicho documento** para los pacientes pediátricos que acuden a la emergencia del HVCM, para de esa manera no dejar pasar ninguno de esos casos.
6. Del todos los pacientes pediátricos que acuden por lesiones físicas, se recomienda no solo examinar la parte física y registrarlo en el libro de emergencia, creyendo que todas son causas accidentales. Debería realizarse una **revisión integral**, es decir, que incluya la parte emocional y familiar del evaluado también si existe o no



comportamientos anormales por parte de la persona que lo trae y también del paciente.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Libros:

- 1) Halim H. y Alice D. clínicas pediátricas de Norteamérica: Violencia en niños y adolescentes. 2da edición. México 1998. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de c.v..
- 2) INNFA. Material para pediatras. Child abuse. Edición. Quito- Ecuador.
- 3) Novoa F y colaboradores. Informe del grupo de trabajo de Minsal: Maltrato infantil en Chile. 1ra edición. Minsal. Noviembre de 1991.
- 4) Loredo A. temas de pediatría: Maltrato en el niño. 1ra edición. México 2001. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de c.v....

Revistas:

- 5) Escobarlarevista.blogspot.com/.../maltrato-infantil.html. MIÉRCOLES 15 DE ABRIL DE 2009. Maltrato Infantil. *escobarlarevista.blogspot.com/.../maltrato-infantil.html*
- 6) Revista chilena de pediatría. Rev. chil. pediatr. v.73 n.4 Santiago jul. 2002. Epidemiología de los accidentes en la infancia en la Región Centro Cuyo*. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000400015&script=sci_arttext
- 7) Revista chilena de pediatría. Rev. chil. pediatr. v.76 n.1 Santiago ene. 2005. Factores de riesgo para accidentes en niños. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria". <http://www.scielo.cl/scielo>.
- 8) Revista chilena de pediatría. versión impresa ISSN 0370-4106. Rev. chil. pediatr. v.78 n.1 Santiago feb. 2007. Síndrome del niño sacudido. Artículo de revisión. <http://www.scielo.cl/scielo>.
- 9) Revista Cubana de Medicina General Integral. versión impresa ISSN 0864-2125. Rev Cubana Med Gen Integr v.26 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2010. Maltrato infanto juvenil en discapacitados cognitivos. <http://www.scielo.cl/scielo>.



- 10) Revista Cubana de Pediatría. versión impresa ISSN 0034-7531. Rev Cubana Pediatr v.79 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2007. ¿Accidentes infantiles o lesiones no intencionales? <http://www.scielo.cl/scielo>.
- 11) REVISTA DE PEDIATRÍA. Epidemiología del traumatismo encéfalo-craneano (TEC) en niños. <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria40305-epidemiologia.htm>
- 12) REVISTA DE PEDIATRÍA. LESIONES INTRADOMICILIARIAS EN NIÑOS. http://www.encolombia.com/pediatria_lesiones_intradomiciliarias.htm
- 13) Revista electrónica psicológica científica. Archivos de Pediatría del Uruguay. versión impresa ISSN 0004-0584. Arch. Pediatr. Urug. v.79 n.4 Montevideo dic. 2008. Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-236-1-violencia-de-genero-consecuencias-en-los-hijos.html>
- 14) Zelaya de Miglioirsi Lourdes. Lic. Estela González, Lic. Lina Piris de Almirón. Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Nú. http://www.pediatria.spp.org.py/revistas/ed_2009/maltrato_infantil.html

Artículos y revistas en PDF.

- 15) A. E. Abasolo Telleria. Revisión temática. Maltrato infantil. <http://www.svnp.es/boletin/40-1-21.pdf>
- 16) ARRUBARRENA Ma. Ignacia Joaquín DE PAÚL. Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide, 1999. pp. 29-35. <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/arrubarrenacorregido.pdf>



- 17) DRES. KURT PAULSEN SANDI HÉCTOR MEJÍA SALAS. Factores de riesgo para accidentes en niños. Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria”. http://www.sup.org.uy/Archivos/adp76-1/pdf/adp76-1_13.pdf
- 18) Loredo A. La violencia contra los niños y adolescentes: enfoque pediátrico del problema. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/violencia_mi.pdf
- 19) Loredo A. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte. www.medigraphic.org.mx
- 20) Loredo A. Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer. www.medigraphic.org.mx
- 21) Perea A. Loredo A: Maltrato a los menores indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato físico severo. <http://www.fundacionenpantalla.org/articulos/pdf/s/Maltrato%20severo.pdf>
- 22) Pérez M. El niño maltratado. Perspectiva MÉDICA. <http://revistas.ucm.es/trs/02140314/articulos/CUTS9797110145A.PDF>
- 23) Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria. El maltrato infantil. http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/maltrato/imaltrato_infantil.pdf
- 24) Revista digital. Pérez Encarnación. “agresividad, violencia y maltrato infantil” http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_26/ENCARNACION_PEREZ_2.pdf
- 25) Sánchez E. (dir.) (1993). Guía de Atención al Maltrato Infantil en Andalucía, Sevilla: ADIMA.
- 26) World health organization. Prevention child maltreatment.

Presentación en Power point



27) Loredo A. Primer congreso del ICBF y XI colombiano de prevención y atención del maltrato infantil. Diagnóstico diferencial en el maltrato infantil.

Internet:

- 1) Cuadros I. ensayo. Reconozca las formas de Maltrato infantil. Colombia.
<http://www.abcdelbebe.com/?q=node/66868>
- 2) Cuencanews. LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS DE LA JUNTA EN CUENCA REFUERZAN SU COORDINACIÓN EN MATERIA DE MENORES. www.cuencanews.es/index.php?...cuenca
- 3) DINAPEN EN CUENCA. <http://www.policiaecuador.gov.ec>
- 4) El tiempo: Menores padecen maltrato en familia.
www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/21928
- 5) Fernández Rodríguez M, Martín Muñoz P. Junio 2010. Volumen 6. Número 2. ¿Puede padecer este niño maltrato? Limitaciones de la valoración en urgencias.
<http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/>
- 6) Fisterra. Indicadores físicos de maltrato infantil.
<http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.asp#¿Cuáles son los indicadores comportamentales que se pueden observar en un niño maltratado?>
- 7) Góngora Ruiz Yenys | Publicado: 6/07/2009 | Medicina Familiar y Atención Primaria , Medicina de Urgencias , Pediatría y Neonatología , Medicina Forense y Legal. Síndrome de maltrato infantil.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1575/1/Revision-Bibliografica-Sindrome-de-maltrato-infantil.html>
- 8) Hemeroteca Virtual | El Mercurio de Cuenca – Noticias de Cuenca ... Maltrato infantil. Fecha:2004-11-21. www.elmercurio.com
- 9) Hosanna Au y Kathy Boutis. Fracturas por abuso infantil
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=64383>
- 10) Carrión M. Maltrato infantil. Correo: mcarrion_7@hotmail.com



- 11) PEDIATRÍA. Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. Volumen 32 - Número 1 (2005). La educación y la legislación son clave para prevenir las lesiones en los niños
http://www.pediatria.spp.org.py/revistas/ed_2005/facriesgo_vol1_2005.htm
- 12) PEDIATRÍA. Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. Volumen 36 - Número 3 (2009). Prevención de lesiones infantiles por accidentes.
http://www.pediatria.spp.org.py/revistas/ed_2009/maltrato_infantil.html
- 13) Recursos socio educativos. Indicadores de Maltrato Infantil. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOBRE INDICADORES SOCIALES.
<http://recursosocioeducativos.wordpress.com/2010/05/13/indicadores-de-maltrao-infantil/>
- 14) Salud mental. versión impresa. México may./jun. 2010. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300009&lng=es&nrm=i&tlng=es
- 15) Sirepanm folleto. ESTADÍSTICAS DEL MALTRATO INFANTIL EN CUENCA. silvia-elmaltratoinfantil.blogspot.com/.../estadisticas-de-sirepanm-cuenca.html
- 16) TELEVISIÓN NACIONAL. Que es el "Maltrato infantil.
http://www.pediatraldia.cl/TVNmaltrato_inf_qes.htm
- 17) Toro Mónica. Redactora ABC del bebé. Maltrato infantil.
<http://www.abcdelbebe.com/?q=node/66868>
- 18) Wikipedia enciclopedia libre. Maltrato infantil.
wikipedia.org/wiki/Maltrato_infantil



- 19) Zúñiga C. Dr. Loredó A. Dr. Trejo Hernández J. Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer. <http://www.nietoeditores.com.mx/vol-28-num-1-enero-febrero-2007/469-maltrato-infantil-indicadores-clinicos-y-sociales-de-maltrato-fisico-en-ninos-con-cancer.html>



ANEXOS.

Anexo nº1

Cuenca, 31 de Enero de 2011

Dr. Boris Calle.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIATRICA DEL HVCM.

De nuestra consideración.

Nosotras, Jenny Morocho, Gabriela Montesdeoca y Claudia Ojeda, estudiantes de la escuela de medicina de la universidad de Cuenca; solicitamos muy comedidamente su autorización para la aplicación de un formulario en el área de emergencia pediátrica, que tiene por objetivo recolectar información que será utilizada en nuestra tesis denominada: USO DE INDICADORES CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MALTRATO Y ACCIDENTES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 15 AÑOS QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2011.

Esperando que brinde acogida a la presente le anticipamos nuestro agradecimiento.

ATT:

f.....

FABIOLA MOROCHO

010436001

f.....

CLAUDIA OJEDA

1719987693

f.....

GABRIELA MONTESDEOCA

0104710496

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES123



Anexo nº2

Cuenca, 31 de Enero de 2011

Dr. Francisco Figueroa

JEFE DE EMERGENCIA DEL HVCM

De nuestra consideración

Nosotras, Jenny Morocho, Gabriela Montesdeoca y Claudia Ojeda, estudiantes de la escuela de medicina de la universidad de Cuenca; solicitamos muy comedidamente su autorización para la aplicación de un formulario en el área de emergencia pediátrica, que tiene por objetivo recolectar información que será utilizada en nuestra tesis denominada: USO DE INDICADORES CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MALTRATO Y ACCIDENTES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 15 AÑOS QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2011.

Esperando que brinde acogida a la presente le anticipamos nuestro agradecimiento.

ATT:

f.....

FABIOLA MOROCHO

010436001

f.....

CLAUDIA OJEDA

1719987693

f.....

GABRIELA MONTESDEOCA

0104710496

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES124



Anexo nº 3

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

FORMULARIO PARA LA DETECCIÓN DE MALTRATO A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

No. Form:.....

Fecha:...../...../..... dd/mm/aa

Hora:.....

Peso: ___Kg

Talla:_____ cm

Estado nutricional: bueno ___

malo___

a. DATOS DE FILIACIÓN

1. Nombres y apellidos:_____

2. Sexo:

M F

3. Fecha de Nacimiento:___/___/___

Edad:_____ (años o meses cumplidos)

4. Acompañante:

Padre

Madre

Abuela(o)

Hermano(a/s)

Otros familiares

Policía

Persona no familiar

FACTORES DE RIESGO

NIÑO(A)

a. Embarazo planificado:

Si No No contesta

b. Mal desempeño escolar:

Si No



FAMILIA

PADRE: edad

c. 15-20 21-25 26-30 31 o mas

MADRE: edad

d. 15-20 21-25 26-30 31 o mas

e. Controles prenatales:

Adecuados Inadecuados Ninguno

f. Lugar de nacimiento:

Domicilio Hospital Otro C. de Salud

g. Problemas relacionales entre la pareja:

Si No

h. Violencia familiar (cónyuges, cónyuges-hijos, entre hermanos, otro):

Si No

i. Consumo frecuente de alcohol

Si No

j. Migración:

Si No

Especifique:

de miembros: ____

De cuartos para dormir:

Índice: _____

k. Hacinamiento:

Si No



b. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DE MALTRATO

1) Presencia de lesiones físicas:

Si No

Si contesto que SI

2) Cutáneas:

Hematomas Desgarros
Quemaduras Equimosis
Petequias Laceraciones
Mordeduras Heridas cortantes
Heridas punzantes Cicatrices antiguas
Otras

Especifique _____

3) Neurológicas

Irritabilidad Letargia
Somnolencia Convulsiones
Pérdida de la conciencia
Comportamiento anormal
Hemorragia retiniana
Otra

Especifique _____

4) Oseas

Fractura Luxación
Otra

Especifique _____

5) En genitales y/o ano

Erosiones Hematomas
Desgarros Ulceras
Sangrado Secreciones
Otra



Especifique_____

6) Otras lesiones

Rotura de vísceras Hemorragia abdo al

Hemorragia torácica

Otras

Especifique_____

7) Antigüedad de la lesión (por relato u observación)

Menor a un día Entre 1-5 días

Entre 6-10 días Más de 10 días

8) Considera el médico(a) que la consulta, de acuerdo a la historia de la lesión ¿es tardía?

Si No

9) Probable mecanismo de producción de la lesión (por relato u observación)

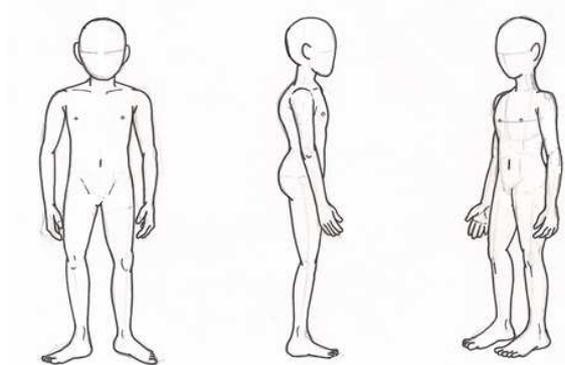
10) Situación desencadenante del hecho que produjo la lesión

11) Discordancia entre la lesión y la historia relatada

Si

No

Cualquiera que sea el tipo de lesión, descríbalo, tómele una foto y ubíquela en el gráfico de "localización de las lesiones", además adjunte copia de exámenes.



c. VALORACIÓN DE LA SOSPECHA DE MALTRATO

1. Compatible con maltrato físico, negligencia, psicológico, abuso sexual, si Ud. detecta 1 de los siguientes indicadores:

Lesión (es) sugestiva de maltrato			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Lesión (es) en genitales y/o ano			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
El niño expresa espontáneamente que ha sido víctima de maltrato			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

2. Sospecha de maltrato, si Ud. detecta 2 o más de los siguientes indicadores

Lesiones físicas inespecíficas			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Comportamiento alterado del niño			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Niño(a) descuidado en su higiene			
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

3. No hay sospecha de maltrato si no encuentra ninguno de los indicadores enumerados anteriormente



d. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

I. Compatible con alguna forma de maltrato

Si

No

II. Forma de maltrato:

Físico

Negligencia

Psicológico

Abuso sexual

Otro

Especifique _____

III. Sospecha de maltrato

Si

No

IV. Si hay sospecha indique las razones

Nombre y firma de la persona que evalúa:

N:-----



Anexo nº 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN DE. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MALTRATO Y ACCIDENTES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 15 AÑOS QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2011

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Nosotras, Jenny Morocho, Gabriela Montesdeoca y Claudia Ojeda, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de investigación titulado “USO DE INDICADORES CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE MALTRATO Y ACCIDENTES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 15 AÑOS QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2011”, que sirve para nuestra Tesis de pregrado.

Usted está invitado (a) a participar en esta investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

El objetivo de este estudio es poder diferenciar entre las lesiones accidentales de las no accidentales en los niños que acuden a emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso y poder tomar las medidas pertinentes a cada caso.

JENNY MOROCHO JENNY MOROCHO QUIZHPE
GABRIELA MONTESDEOCA CABRERA
CLAUDIA VIVIANA OJEDA BENAVIDES131



Explicación del estudio.

Se realizará una entrevista personal con los responsables de los pacientes que llegaran al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso para de esa manera llenar el formulario que fue elaborado basándonos en el AIEPI y estudios realizados en otros países (especialmente en México).

En este formulario se determinaron datos de: peso, talla y estado nutricional, factores de riesgo en el niño, familia, diagnóstico de sospecha de maltrato basándonos en el tipo de lesiones, su antigüedad, el mecanismo de producción, lugar de ubicación anatómica, valoración de la sospecha de maltrato y diagnóstico definitivo.

Los materiales serán llevados por los investigadores.

Riesgos:

Este estudio no tiene ningún riesgo.

Beneficios

La información recolectada será analizada y puesta al servicio de los profesionales que laboran en el área de emergencia pediátrica del Hospital Vicente Corral Moscoso para que conozcan de los casos y así puedan poner más énfasis en la historia clínica y examen físico de los niños y adolescentes que llegan a este servicio y así puedan diagnosticar tempranamente los casos de maltrato y derivarlos a las autoridades pertinentes.

Confidencialidad

La información será únicamente manejada por los investigadores y el personal médico del área de emergencia pediátrica de Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuando los datos sean analizados serán realizados sin incluir los nombres de los participantes por lo que si los resultados son publicados no incluirá nombres ni alguna forma de identificación de los participantes.



Derecho de Información

Usted no está obligado (a) a participar en este estudio, su participación debe ser de forma voluntaria, y tendrá que cumplir con las actividades planificadas en el programa y antes expuestas.

El grupo de investigadores podrá dejar la investigación en cualquier momento si lo creen necesario.

Aclaraciones

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación a participar.
- No tendrá que hacer ningún gasto.
- No recibirá pago por su participación.