



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

HOSPITAL DEL NIÑO DIF PACHUCA

INFORME FINAL DE TESIS



HIDALGO
Beneficios para tu familia

TEMA

“PRINCIPALES CAUSAS DE INGRESO A URGENCIAS ASI COMO FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DIF PACHUCA, HIDALGO, MÉXICO, DEL AÑO 2015”

QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO

JAIME MANUEL SOTO CABELLO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA MEDICA

DR. JERÓNIMO MARTINEZ TREJO

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL DEL NIÑO DIF PACHUCA

DRA. ALICIA HERNÁNDEZ JIMÉNEZ

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, CATEDRÁTICA TITULAR DEL PROGRAMA

DRA. DOMITILA MARTÍNEZ LICONA

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA ASESOR DE TESIS

DR. ALBERTO VIZUETH MARTÍNEZ

ASESOR METODOLÓGICO

DR. RAÚL AZAEL AGIS JUÁREZ

ASESOR UNIVERSITARIO

PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD

2013-2016

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios por permitirme llegar hasta este momento, pero principalmente a mis padres por todo el apoyo que siempre me han brindado, ya que sin su ayuda jamás podría haber sido posible este sueño, gracias papá, gracias mamá, por haber creído en mí siempre, y por sus consejos que hicieron de mí una mejor persona, así como también gracias hermanas por el apoyo otorgado durante mi carrera ya que ustedes estuvieron a mi lado durante este largo camino y siempre me apoyaron, a mis sobrinas que gracias a el cariño que les tengo me inspiran para ser un mejor pediatra día a día, a mis amigos que a pesar de las ausencias en las reuniones siempre han estado cuando los he necesitado y me han brindado su apoyo y amistad incondicional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
-DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	7
-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
-ANTECEDENTES.....	8
HIPÓTESIS.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
-OBJETIVO GENERAL.....	16
-OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
METODOLOGÍA.....	17
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	28
OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	36

RELACIÓN DE GRÁFICAS Y CUADROS

Cuadro I	Formas Comunes y No comunes de SNM.....10
Cuadro II	Principales lesiones físicas en SNM.....11
Cuadro III	Características de las fracturas.....11
Cuadro IV	Indicadores de Abuso Sexual.....12
Cuadro V	Indicadores del Síndrome de Münchhausen.....13
Gráfica 1	Edad promedio y sexo de los Casos reportados.....32
Gráfica 2	Causas de ingreso a urgencias.....32
Gráfica 3	Factores asociados.....33
Gráfica 4	Procedencia.....33
Gráfica 5	Principales lesiones.....34
Gráfica 6	Principales agresores identificados en el abuso sexual.....34
Cuadro 7	Prevalencia de abandono.....35

Gráfica 8	Integración del núcleo familiar.....35
-----------	--

RESUMEN

El maltrato infantil es el acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecta a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor, datos de la UNICEF reportaron que 6 millones de niños, niñas y adolescentes fueron víctimas de Maltrato Infantil en alguna de sus diversas formas en América Latina.

En México se reportaron 12, 516 niños y 12,433 niñas que sufrieron Maltrato Infantil.

OBJETIVO GENERAL: Analizar las principales causas de ingreso a urgencias del síndrome de Niño Maltratado, y los factores asociados en el Hospital del Niño DIF Pachuca de 01 de enero del 2015 al 01 de Diciembre del 2015.

El Maltrato Infantil es un problema cada vez más frecuente en nuestra sociedad, en el Hospital del Niño DIF se registraron en el 2012, 125 casos de Maltrato Infantil de los cuales la mayoría fue canalizado a alguna casa de asistencia, se analizaron 750 expedientes con los diagnósticos de maltrato infantil, abandono y/o negligencia; del mes de enero del 2015 a noviembre del 2015 de los cuales 81 cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio reportándose como principal causa de ingreso a urgencias el abandono (38.2%), seguido de algún tipo de lesión física (35.8%), el principal factor asociado fue Núcleo Familiar Incompleto (39%), seguido de Alcoholismo (25%).

I.- MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La primera definición formal sobre este síndrome fue descrita en 1960 por un grupo de médicos que se interesaron en una serie de manifestaciones clínicas y radiológicas que con el tiempo permitieron integrar lo que Kempe llamó "síndrome del niño golpeado o maltratado".

La última definición aceptada por la OMS en 1985 refiere al acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecte a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor. No sólo comprende el maltrato físico del niño sino también la ausencia de cuidado, amor y protección razonables de los padres, tutores o familiares hacia los niños. Estas actitudes se originan por múltiples trastornos que interfieren con la capacidad de la familia para criar y proteger a sus hijos.

Durante la última década se incrementó la incidencia de casos de abuso infantil a nivel mundial. Datos de la UNICEF en 2008 reportaron que en América Latina seis millones de niños, niñas y adolescentes sufrieron agresiones severas y 80 mil murieron cada año por la violencia presente al interior de la familia. Las estadísticas en México reportaron alrededor de 12,516 niños maltratados y 12,433 niñas. De estas cifras el estado con mayor índice fue Coahuila (4,150 casos) seguido de Nuevo León (3,067 casos) y en tercer lugar el Estado de México con 1,885 casos (datos obtenidos del DIF Hidalgo)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome del Niño Maltratado o síndrome de Keempe como también es conocido es un problema que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad, actualmente en el Hospital del Niño DIF Pachuca se tiene un registro en el 2012 de 125 casos de niños con algún tipo de maltrato los cuales se canalizaron a casas de asistencia y en algunos casos se enviaron de regreso a sus familias, careciendo de un seguimiento integral de los mismo, ya que en la Casa del Niño y de la Niña que son las casas de asistencia para este tipo de niños se le proporciona un seguimiento médico pero no psicológico el cual es parte fundamental para su crecimiento y desarrollo adecuado.

Motivo por el cual se pretende realizar este estudio para sentar las bases de un proyecto a futuro en el Hospital del Niño DIF Pachuca en el cual se pueda implementar una clínica que proporcione el manejo integral que requiere nuestros niños

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las Principales causas de ingreso a urgencias de niños con síndrome de maltrato infantil y factores asociados más frecuentes que se presentan en los niños con síndrome de maltrato infantil de 0 a 15 años 11 meses en el HND?

II.- ANTECEDENTES

El Maltrato Infantil es una sociopatía universal que no reconoce diferencias sociales, económicas, culturales ni de sexo; tiene antecedentes que lo sitúan en la más remota antigüedad, ha estado presente en todas las culturas, civilizaciones y sistemas políticos; ha sido avalado por diferentes religiones y ha contado y cuenta incomprensiblemente, con total permisividad social. Por algo J.J Rosseau definió este problema como que “no era del niño, ni de la pobreza, si no de la humanidad”^{1,2}.

Aristóteles decía que un hijo era propiedad y nada de lo que se haga con la propiedad es injusto, por lo tanto no se reconoce el problema como maltrato, o bien en las sociedades china e hindú el infanticidio era un método de control de la natalidad y una forma de eliminar a niños recién nacidos con malformaciones físicas o daño cerebral por ser considerados instrumentos del mal, en algunas otras sociedades las niñas eran sacrificadas por no contribuir a la economía familiar. Ahora bien, con relación a factores políticos, la historia refiere la matanza de niños ordenada por Herodes con el fin de conservar su reino y con relación a factores religiosos, la Biblia cita el sacrificio de Isaac, y más recientemente Hitler en su afán belicista realizó atrocidades con los niños y lo justifica con la finalidad de obtener una raza pura^{1,3}.

El maltrato en el niño fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosio Tardieu, patólogo de la Universidad de París quien define por primera vez en su cátedra el maltrato visualizado en 32 autopsias de niños muertos por golpes y quemaduras.

Posteriormente se encuentran descripciones de Caffey en 1946, quien observa la asociación entre hematomas y lesión de huesos largos, sin explicación clínica aparente; luego junto con Silverman establece el origen traumático de ellas. En 1962 Henry Kempe propuso el término "síndrome del niño golpeado o maltratado (Battered child syndrome)", aquel que presentaba una lesión ósea, con una lesión cutánea de tipo equimosis, magulladura, quemadura, en la misma región y cuya causa no hubiera podido ser especificada¹.

El Síndrome del Niño Maltratado es una de las formas que asume el fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico-legal que puede definirse por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima ^{2,3,4}.

De acuerdo con la definición propuesta, los elementos esenciales del Síndrome del Niño Maltratado son: la víctima es un niño, en cualquier etapa de su desarrollo; el agresor es uno o más adultos, vinculados al niño por una relación de poder, asimétrica, sea parental o institucional: padres, hermanos mayores, cuidadores, etcétera; la agresión es crónica, conformando una forma de relación víctima-agresor; el daño puede ser físico o psicológico ².

El síndrome del niño maltratado (SNM) lo originan tres elementos fundamentales para su presentación: un niño agredido que en ocasiones sufre de retraso psicomotor, un adulto agresor y situaciones del entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema. Las principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia son: medidas disciplinarias (63%), sujetos con alteraciones de personalidad (59%), sujetos con trastornos de conducta (46%), rechazo familiar (34%) y negligencia (34%)⁴.

Los principales agresores identificados en el niño maltratado son: la madre (58%), el padre (25%), padrastros (11%) y otros (5%). Las características del agresor pueden ser: antecedentes de cualquier forma de maltrato en la infancia, desarrollo en ambiente de privación social, estimación inexacta de las actividades de sus hijos, falta de información y de experiencia sobre la crianza de los hijos, pérdida de la inhibición para manifestar la agresión, es decir, padecen un defecto de carácter que les permite expresar su agresividad con anormal facilidad. Enfermedad mental: crónicamente agresivos, compulsivos y de tipología pasivo dependiente. Alrededor de 10% de los padres agresores son sicóticos o muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante, alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia ⁴.

Las características de la persona agredida son: edad (el maltrato puede observarse en cualquier edad pediátrica); el maltrato físico es más frecuente en recién nacidos y preescolares (menos de cuatro años) y el abuso sexual prevalece en escolares (con predominio entre 6-8 años); afecta a ambos sexos, en ocasiones es más frecuente en varones cuando es hijo único o en mujeres si ocupan el tercero o cuarto lugar; en el abuso sexual las niñas son más agredidas.⁴

La agresión física es mayor en niños. Otras causas son malformaciones congénitas o daño neurológico, enfermedades crónicas que requieren atención médica repetida, no corresponder al sexo esperado, niño demasiado irritable, desobediente y sin capacidad para controlar esfínteres.⁴

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El mecanismo de producción de las lesiones es variado, las principales causas son: traumatismo, deprivación, quemaduras y violación. La clasificación del tipo de lesión se muestra en el cuadro 1, tanto las formas comunes y las no comunes.

MALTRATO FÍSICO

Las lesiones físicas son una de las formas comunes de maltrato infantil, se considera toda lesión que no se relaciona con el mecanismo causal referido: en contra de lo que pueda pensarse, el castigo físico como medio de control sobre los hijos sigue siendo el patrón disciplinario y correctivo predominante en nuestra cultura y por ello algo que con facilidad puede derivar en el exceso.⁵

Una de las formas de maltrato físico es el síndrome de sacudida del bebé, el cual se caracteriza por la tríada hematoma subdural, hemorragia retiniana y edema cerebral; es consecuencia de una sacudida acompañada de impacto a nivel cefálico. Los ligamentos y músculos del cuello de los infantes son débiles y aún no alcanzan un completo desarrollo, además de que la cabeza es más grande y pesada que el tronco.^{4,5}

El resultado es una lesión por hiperextensión cervical, similar a la que se observa en accidentes automovilísticos. Este mecanismo de lesión puede conducir a lesión axonal difusa, lesión hipóxica y edema cerebral con incremento de la presión intracraneal. Las manifestaciones clínicas se presentan en forma de irritabilidad, alteraciones en los patrones de alimentación, letárgica y vómito; convulsiones, aumento de la presión intracraneal, alteraciones en el patrón respiratorio y dilatación pupilar. El diagnóstico diferencial se hace con causas tales como: hidrocefalia, muerte súbita infantil, convulsiones, meningitis y trastornos metabólicos.⁴

Cuadro 1. Formas comunes y no comunes de SNM.

FORMAS COMUNES	FORMAS NO COMUNES
Maltrato físico.	Síndrome de Münchausen.
Abuso sexual.	Abuso fetal.
Abuso psicológico o emocional.	Abuso infantil de tipo ritual o religioso.
Privación social	Niños de la guerra.
	Maltrato étnico.
	Niños de la calle.

TIPOS DE LESIONES

Las lesiones que se presentan en el síndrome del niño maltratado suelen ser variadas y afectan a varios sistemas. Durante la exploración física se tiene que hacer una cuidadosa investigación de los hallazgos descritos en el cuadro 2. La identificación de lesiones sugerentes de abuso infantil precisa una investigación especial debido a que varias de estas lesiones tienen un riesgo aumentado de lesiones fatales. Las contusiones suelen ser la forma más frecuente de presentación de maltrato y levantan sospechas cuando aparecen localizadas en glúteos, espalda, extremo proximal del brazo y piernas, palmas de manos y pies, cuello, cuero cabelludo y genitales. También se debe sospechar cuando sean hematomas múltiples o aparezcan en niños menores de un año. A veces tienen forma de mano, son alargadas por contusión con cinturones o circulares por erosión con un cable. Por último, otra característica es la presencia de equimosis multicolor (equimosis en diferente estadio de evolución). En el cuadro 3 se muestra la diferente coloración de las contusiones de acuerdo con el tiempo de evolución. Las quemaduras son comunes en el síndrome del niño maltratado. Son de varios tipos, las principales: por contacto, quemadura de cigarrillo e inmersión. Las quemaduras por contacto suelen ser circulares y circunscritas de manera definida con excavación profunda; por lo común dejan marcas claras: parrilla, plancha, utensilios de cocina, etc. Las quemaduras por cigarrillo suelen ser circulares de 8-10 mm de diámetro, uniformes y con borde indurado. Suelen aparecer en la cara y en el dorso de manos y pies. No confundir con impétigo. Por último, las quemaduras por inmersión en general aparecen en nalgas y extremidades con una distribución en guante o calcetín: línea clara de delimitación entre piel sana y quemada; no se aprecian las típicas lesiones de salpicadura. Suelen ser de segundo y tercer grados. 4,5

Las fracturas se caracterizan por ser la segunda forma más frecuente de maltrato en niños. Hasta en 55% de los abusos físicos existen fracturas, las principales características se describen en el cuadro 4. No hay formas de fracturas patognomónicas de maltrato, pero se debe sospechar en determinados casos, siempre se debe preguntar por el mecanismo de cualquier fractura y valorar su congruencia con la lesión.4

Cuadro 2. Principales lesiones físicas en SNM.

• Equímosis multicolor (equímosis en diferente estadio de evolución).
• Evidencia de lesiones frecuentes previas tipificadas mediante cicatrices antiguas o fracturas consolidadas en las radiografías.
• Trauma en la zona perineal o genital.
• Fracturas de huesos largos en niños menores de tres años de edad.
• Vísceras internas rotas sin antecedente de trauma cerrado mayor.
• Hematomas subdurales múltiples, especialmente en ausencia de fractura reciente de cráneo.
• Hemorragia retiniana.
• Lesiones raras como mordeduras, quemaduras de cigarrillo o marcas de cuerdas.
• Quemaduras de segundo y tercer grado bien demarcadas en sitios extraños.

Cuadro 3. Características de fracturas.

• Historia inconsistente, por ejemplo, lesión más importante de lo esperado en relación con el traumatismo o con el desarrollo psicomotor del niño.
• Fracturas en espiral de huesos largos en niños menores de tres años.
• Fracturas múltiples, sobre todo si están en distinto estadio.
• Fracturas costales epifisiodiafisiarias provocadas por la compresión brusca del tórax entre ambas manos o por la sacudida contra un objeto duro.
• Fracturas por avulsión de clavícula o acromion.

ABUSO SEXUAL

El abuso sexual se define como cualquier actividad sexual que involucra a un niño, el cual es incapaz de dar su consentimiento (incluye penetración anal/vaginal, contacto orogenital, genito-genital, caricias o tocamientos, visión forzada de la anatomía sexual y mostrar pornografía a un menor o utilizarlo en la producción de pornografía). Al menos 75% de las víctimas son niñas y hasta 50% tiene entre seis y 12 años. La mayoría de los causantes del abuso son varones conocidos del menor, el padre está implicado en 25% de los casos. Aproximadamente 5-10% de los niños que sufren abuso sexual adquieren una ETS. Las víctimas de un abuso sexual pueden presentarse con una gran variedad de sintomatología médica.¹⁹ A veces acuden para evaluación específica de un abuso sexual o pueden acudir al Servicio de Urgencias por un problema médico o de comportamiento. Algunos de los indicadores del abuso sexual se enumeran en el cuadro 5.4

Cuadro 4. Indicadores de abuso sexual.

• Lesiones en el área genital o anal de aparición súbita o tardía.
• Enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, condilomas e infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana).
• Historia detallada de un encuentro sexual con un adulto.
• Exceso de curiosidad sexual o alguna forma de masturbación.
• Aparición reciente de pesadillas, fobias, aislamiento social o súbito descenso en el rendimiento escolar.
• Embarazo no previsto.
• Hematuria, dolor a la defecación, leucorrea, hemorragia transvaginal.

ABUSO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL

Este tipo de maltrato infantil se caracteriza por conductas de abandono, entre otras, no mostrar afecto ni reconocimiento a los logros del niño mediante crítica y constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles y ridiculización de sus acciones.

Entre las principales formas de abuso psicológico están: amenazar con el abandono o daño si el niño no cumple con las expectativas de los padres, falta de disponibilidad psicológica de los padres hacia el menor. Los padres evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa y no socializar, por ejemplo, al exigirle un papel de adulto, al demandar conductas o actividades inapropiadas para la edad del niño.⁴

MALTRATO SOCIAL

Comprende todas aquellas conductas de los padres y de las instituciones que interfieren con el bienestar infantil y su desarrollo armónico. Éste se presenta en niños en pobreza extrema, que no reciben la educación básica gratuita o atención médica; excesos disciplinarios de los maestros, permitidos tanto por la institución como por los propios padres, así como sacar a los hijos de la escuela y obligarlos a trabajar para ayudar a la subsistencia de la familia.⁴

SÍNDROME DEMÜNCHAUSEN POR PODERES

El síndrome deriva del nombre Freier Von Münchhausen, un noble alemán que inventaba historias fantásticas e imposibles. En 1951 Richard Asher fue el primero en describir dicho síndrome caracterizado por un progenitor, generalmente la madre, que induce enfermedades en su hijo o hija intencionada y deliberadamente, o proporciona a los médicos información falsa acerca de la salud de su hijo, inventando enfermedades o síntomas que su hijo no padece.

Los padres/madres 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. En el cuadro 6 se enumeran las principales características del síndrome.⁴

Cuadro 5. Indicadores del síndrome de Münchhausen.

• Invención de antecedentes.
• Provocación de síntomas.
• Alteración de muestras de laboratorio.
• Alteración de mediciones de temperatura
• Presentación novedosa y exótica de enfermedades.
• Continúa la farsa aun el niño hospitalizado.
• El cuidador consigue la atención del personal sanitario o de su familia.
• El niño no responde al tratamiento.
• Afecta sobre todo a niños que no han desarrollado la función de hablar.

III.- HIPOTESIS

La principal Causas de ingresos a urgencias en niños con maltrato infantil es el abandono, asociados a la desintegración del núcleo familiar como factor de riesgo.

Hipótesis Alterna

El maltrato físico es la causa más frecuente de ingreso a urgencias de niños con maltrato físico asociado a nivel socio económico bajo.

IV.- JUSTIFICACIÓN

Considero que la población infantil es la base de toda sociedad, la integridad física y psicológica de un niño es fundamental no solo para el desarrollo físico sino también para el neurodesarrollo.

El maltrato al menor es un problema de salud pública en el mundo, en América Latina alrededor de 6 millones de niños y adolescentes sufren violencia grave y mueren al año cerca de 80 mil, producto de violencia intrafamiliar, se refiere que solo 1 de cada 10 niños es reportado y de los casos reportados solo 1 de cada 100 es atendido de manera integral. El maltrato físico y/o psicológico impide que los niños y adolescentes alcancen su máximo desarrollo en el ambiente social, escolar y laboral.

Durante el año 2012 en el Hospital del Niño DIF Pachuca se tuvo un registro en el servicio de urgencias de 125 niños enviados a las diferentes casas de asistencia social de acuerdo a su grupo de edad y sexo, por haber recibido algún tipo de maltrato, y aquellos que por diversas razones se considero enviarlos a su domicilio, ignoramos si tuvieron seguimiento no solo médico, si no también psicológico.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se podrá realizar una prevención canalizada, a los factores que ocasionaron el maltrato infantil.

Consideramos este estudio también será una base para fundamentar nuestro proyecto final que es proponer en el Hospital del Niño DIF Pachuca una clínica para atención de síndrome del niño maltratado, en el cual se le pueda dar un seguimiento multidisciplinario a los niños maltratados y trabajar en la prevención del maltrato infantil.

V.- OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Analizar las principales causas de ingreso a urgencias del síndrome de Niño Maltratado, y los factores asociados en el Hospital del Niño DIF Pachuca de 01 de enero del 2015 al 01 de enero del 2016.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer a los niños con el diagnóstico de Síndrome de maltrato Infantil en el servicio de urgencias.

Identificar las Causas de ingreso a urgencias de niños con síndrome de maltrato infantil en el Hospital del Niño DIF Pachuca en el período de enero del 2015 a enero del 2016.

Analizar los factores asociados a maltrato infantil en los pacientes que ingresen a urgencias con el diagnóstico de Síndrome de maltrato infantil en el período de Enero del 2015 a Enero del 2016.

VI.- METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes del Hospital del Niño DIF de 0 a 15 años 11 meses que ingresan a el servicio de urgencias del Hospital del Niño DIF, que presenten algún tipo de maltrato Físico y/o Psicológico.

Se aplicará una encuesta a todos los niños con datos de maltrato la cual se muestra en el anexo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Prospectivo, Transversal, analítico.

ÁMBITO GEOGRÁFICO

Servicio de Urgencias del Hospital Del Niño DIF Pachuca.

LÍMITE EN TIEMPO

01 de Enero del 2015- 01 de Enero del 2016.

UNIVERSO

Todos los pacientes atendidos en el Hospital del Niño DIF Pachuca.

POBLACIÓN BLANCO

Todos los niños de Urgencias Atendidos en el Hospital del niño DIF Pachuca de Enero del 2015 a Enero del 2016.

POBLACIÓN OBJETIVO

Niños de 0 a 15 años 11 meses, que ingresan a el servicio de urgencias Del Hospital del Niño DIF Pachuca durante el periodo de Enero del 2015 a Enero del 2016, con datos de maltrato infantil, o con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra por Conveniencia: Todos los pacientes con maltrato infantil o síndrome de Kempe que lleguen al servicio de Urgencias del Hospital del Niño DIF Pachuca en el período comprendido de Enero del 2015 a Enero del 2016.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable.	Definición conceptual.	Definición operacional	Tipo o clasificación de la variable	Escala de medición.
INDEPENDIENTES				
DESNUTRICION	Condición patológica inespecífica, sistémica y reversible que resulta de la ineficiente utilización de los nutrientes por las células del organismo	Retraso en el crecimiento y desarrollo debido a una ingesta y utilización deficiente	Categorica Nominal	Aguda Crónica

TRAUMATISMO O CRANEOENCEFALICO	Alteración de la función cerebral o algún otra evidencia de patología cerebral, causa por alguna fuerza externa	Alteración del estado de alerta causado por una fuerza externa en un niño	Categoría Nominal	TCE Leve TCE Moderado TCE Severo
QUEMADURA	Lesión térmica que implica daño o destrucción de la piel y su contenido por calor o frío, agentes químicos, electricidad, energía ionizante o cualquiera de sus combinaciones	Lesión en la piel causada por calor, frío, electricidad,	Categoría Nominal	Q 1er° Q 2do° Q 3er°
ABUSO SEXUAL	Cualquier actividad sexual que involucre a un niño, el cual es incapaz de dar su consentimiento	Incluye penetración anal/vaginal, contacto orogenital, genitogenital, caricias o tocamientos, visión forzada de la anatomía sexual	Categoría	Si No
ABANDONO	Delito de omisión que consiste en poner en peligro la vida o salud de una persona incapaz de valerse, derivada de la colocación en situación de desamparo o del abandono por parte de quien tiene la obligación de mantenerla o cuidarla	Toda persona que es objeto de desamparo, descuido u omisión del cuidado.	Categoría	Si No
DEPENDIENTES				
SINDROME DE MALTRATO INFANTIL	Refiere al acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecte a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor.	Paciente con daño físico o Psicológico cuya repercusión se vea reflejada en fracturas,	Cualitativa Nominal	Numérica

		enfermedad respiratoria, gastrointestinal, infeccioso		
Edad:	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento actual.	Tiempo en días, meses y años que una persona ha vivido desde que nació, hasta el momento del estudio, registrado en la ficha de identificación de la historia clínica del expediente clínico electrónico.	Cuantitativa continua.	Meses.
Género.	Caracteres sexuales que distinguen a un hombre y una mujer.	Caracterización física para distinguir a un hombre y una mujer registrado en la ficha de identificación en la historia clínica del expediente clínico electrónico.	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino o Femenino.
Residencia.	Lugar donde habita una persona.	Procedencia de una persona registrada en la ficha de identificación	Cualitativa nominal	Municipio.

		n en la historia clínica del expediente clínico electrónico.		
--	--	--	--	--

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños de 0 a 15 años 11 meses
- Ambos sexos
- Niños abandonados
- Niños con el diagnóstico de Síndrome de maltrato Infantil
- Niños con lesiones en la piel.
- Niños con fracturas u algún otro tipo de lesión orgánica
- Todos los niños que se encuentren en la casa de la niña o del niño que acudan a urgencias por alguna enfermedad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños mayores de 16 años
- Niños que no reúnan los criterios operacionales de síndrome de niño maltratado
- Pacientes que se pierdan o no se tenga la información de su paradero.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Alta voluntaria
- Niños que por su gravedad requieran traslado a otro Hospital

- Niños que no quieran participar

UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

Niños que acudan al servicio de urgencias del Hospital del Niño DIF Pachuca durante el periodo de enero del 2015 a enero del 2016

METODOLOGÍA DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará la base de datos de el Hospital del Niño DIF Pachuca, (Histoclín), para dar seguimiento de todos los niños que ingresen a el servicio de urgencias, con el diagnóstico de maltrato infantil.

Se aplicará una encuesta en el servicio de urgencias de forma aleatoria para detectar casos de niños con maltrato.

PLAN DE ANÁLISIS

Se recabarán los datos obtenidos en la encuesta realiza en el servicio de urgencias así como de la base de datos ya existente del Hospital de Niño DIF de niños con síndrome de maltrato, posteriormente se vaciarán en la hoja de cálculo de Excel prediseñada con las variables independientes, una vez terminada la recolección de datos se realizará gráficas de prevalencia de las principales causas y factores asociados a el síndrome de niño maltratado.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación es de riesgo mínimo, al no hacerse ningún tipo de intervención, ya que se trata de un estudio observacional donde se obtendrá datos demográficos y en la cual se garantiza la confidencialidad de los mismos.

El presente estudio se apega a las consideraciones formuladas en la declaración de Helsinki (y su modificación de Seúl, 2008) para los trabajos de investigación biomédica en sujetos humanos, la cual establece que el protocolo de investigación debe ser sometido a consideración, comentario, guía y aprobación por un comité de ética en investigación antes de comenzar el estudio. El comité debe ser independiente del investigador o de otra influencia indebida. Debe considerar la ley y las reglamentaciones del país o países donde se realice la investigación, así como también considerar las normas y estándares internacionales en materia de investigación y no permitir reducir o eliminar cualesquiera de las protecciones de los sujetos establecidas en esta declaración. El comité debe tener el derecho de monitorear los estudios en curso. El investigador debe proporcionar la información monitoreada al comité, especialmente aquella que se refiera a efectos adversos y serios. No se puede cambiar un protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

Además, se apega a las consideraciones formuladas en la Investigación para la Salud de la Ley General de Salud de los Estados Unidos mexicanos y al Instructivo para la Operación de la Comisión de Investigación Científica y de los Comités Locales de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resumen de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Cuando la persona sea legalmente incapaz o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente.

RESULTADOS OBTENIDOS

- Se analizaron 750 expedientes con los diagnósticos de maltrato infantil, abandono, negligencia del mes de enero del 2015 a noviembre del 2015 de los cuales 81 cumplieron con los criterios de inclusión.
- Se reporto como principal causa de ingreso a urgencias el abandono (38.2%), seguido de algún tipo de lesión física (35.8%).
- El principal factor asociado fue Núcleo Familiar Incompleto (39%), seguido de Alcoholismo (25%).
- Se encontró una discreta prevalencia en el sexo masculino con el 51.8%.
- De los 9 casos de abuso sexual reportados se encontró que el 78% estaba asociado al cuidador siendo este el padrastro (57%) el principal agresor.
- Reportándose una prevalencia del 100% en el sexo femenino con una edad promedio de 11 años.
- De los 81 casos de Maltrato Infantil analizados solo el 2.4% tiene seguimiento por el servicio de nutrición.
- De los 81 casos analizados ninguno tiene seguimiento por psicología.
- De los 81 casos analizados solo 4 casos (4.9%) tiene una consulta por Paidopsiquiatría.
- El 9% de los casos analizados (7 casos) no fueron canalizados alguna casa de asistencia sino que fueron enviados a su domicilio sin un seguimiento.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

El Propósito de este trabajo de investigación es el de sentar las bases científicas y estadísticas, sobre las causas de ingreso así como los factores asociados a Maltrato Infantil en nuestra región y de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se podrá realizar una prevención canalizada, a los factores que ocasionaron el maltrato infantil.

Consideramos este estudio también será una base para fundamentar nuestro proyecto final que es proponer en el Hospital del Niño DIF Pachuca una clínica para atención de síndrome del niño maltratado, en el cual se le pueda dar un seguimiento multidisciplinario a los niños maltratados y trabajar en la prevención del maltrato infantil, antes de poder llegar a nuestra meta final.

Dentro de los resultados obtenidos en nuestro estudio pudimos encontrar diferencias en cuanto a lo que muestra la literatura tanto mexicana como extranjera, en la cual de acuerdo a un artículo publicado en el Hospital Juárez de México del 2012 con título Clasificación Actual del Niño Maltratado, se mencionan las principales causas de maltrato infantil las cuales en orden de frecuencia son medidas disciplinarias (63%), sujetos con alteraciones de personalidad (59%), sujetos con trastornos de conducta (46%), rechazo familiar (34%) y negligencia (34%)⁴, en nuestro estudio pudimos encontrar que la principal causa de ingreso a urgencias es el abandono con un 38.2% de los casos, seguido de algún tipo de lesión física en 35.8% (la causa de la lesión física en la mayoría de las ocasiones fue como medida disciplinaria), en tercer lugar la desnutrición con un 14.8% la cual fue referida en la mayoría de las ocasiones por la consulta externa en donde se catalogaba como una desnutrición primaria de intensidad moderada y severa en uno de los casos, por último el abuso sexual con el 11.1% de los casos reportados, tal vez esta diferencia en cuanto a las causas de maltrato se deban a las diferencias étnicas y sociales de cada estado de la república así como también a el nivel socioeconómico, ya que el Estado de Hidalgo es de los estados con mayor numero de pobreza del país.

El principal agresor identificado de acuerdo a las encuestas realizados cual se la causa de ingreso a urgencias o en los pacientes con el diagnóstico de maltrato infantil ya conocidos, se encontró a el padre o padrastro como el principal agresor a diferencia de la literatura mexicana que reporta a la madre como la principal fuente de agresión, tal vez por ser esta la que pasa más tiempo en casa al cuidado de los hijos, en la mayoría de los casos como lo es a nivel internacional se encontró que

el nivel socioeconómico bajo, la escolaridad nula o mínima, así como la desintegración del núcleo familiar son factores que contribuyen a el maltrato infantil, al ser estos un detonante en una persona rodeada de un ambiente hostil con el antecedente de haber sufrido maltrato infantil en su niñez en la mayoría de los agresores.

Si bien en la mayoría de la literatura como lo dicen en los artículos de Síndrome del Niño Maltratado, San Pedro Sula, Honduras, 2011, Síndrome de Maltrato Infantil, Barcelona, Esp. 2010; Child Abuse and neglect. Scand J Surg 2011; el maltrato físico es más frecuente en recién nacidos y preescolares (menos de cuatro años) y el abuso sexual prevalece en escolares (con predominio entre 6-8 años); afecta a ambos sexos, en ocasiones es más frecuente en varones cuando es hijo único o en mujeres si ocupan el tercero o cuarto lugar; en el abuso sexual las niñas son más agredidas, y de acuerdo a los resultados el sexo masculino es el que más predomina en los agredidos con una edad promedio de 7-10 años, en relación a el abuso sexual a diferencia de la literatura en la que se refiere una prevalencia igual entre hombre y mujeres, se encontró una prevalencia del 100% del sexo femenino siendo el agresor más frecuente el padrastro con el 44% de los casos reportados, con una edad promedio del agredido de 11 años de edad.

Con lo anterior expuesto en los resultados y discusión confirmamos nuestra hipótesis en la cual la principal causa de ingreso es el abandono siendo el principal factor asociado la desintegración del núcleo familiar, ahora lo siguiente es dar un seguimiento a los paciente canalizados en el presente estudio con el número de expediente y poder fundamentar la necesidad de la creación de una clínica para el Niño Maltratado quien como se pudo observar en el presente estudio carece de un seguimiento tanto por los servicios de paidopsiquiatría, nutrición, gastroenterología, psicología, rehabilitación física, odontología, ya que si bien se cuenta en el Estado de Hidalgo con casas de asistencia en las cuales se refiere todos los niños que son abordados por la Procuraduría del Menor para su cuidado, esta son instituciones que carecen de los servicios médicos antes mencionados. El Objetivo final de este proyecto es la creación de una clínica dentro del hospital en la cual todos los paciente diagnosticados o canalizados por la procuraduría puedan tener un seguimiento que permita tener un neurodesarrollo acorde a su edad, además de un apoyo psicológico adecuado para evitar daño emocional el cual dependiendo de la edad de separación de la familiar podría repercutir en su vida adulta.

CONCLUSIONES

En un período comprendido de 1 año se reportaron 81 casos de maltrato infantil ya sea referido por la Procuraduría del Menor o por la consulta externa de pediatría y psicología del Hospital del Niño DIF.

El 51.8% de los casos reportados corresponden a el sexo masculino con una edad promedio de 8.5 años.

Las principales causas de ingreso a urgencias son el abandono con el 38.2%, Lesiones 35.8%, Desnutrición 14.8% y Abuso Sexual 11.1%.

Los principales factores encontrados asociados a el maltrato infantil son desintegración del núcleo familiar 39%, Escolaridad nula o mínima 29%, Alcoholismo 26% y Drogadicción en el 1%

Dentro del estado de Hidalgo el municipio que presento el mayor número de casos fue Pachuca con 20 casos, seguido personas indocumentadas de origen Guatemalteco con 9 casos.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Se recomienda dar un seguimiento a este protocolo el cual podría ser los cimientos de un proyecto a futuro para la formación de una clínica integral de Maltrato infantil en la cual se podría dar el seguimiento acorde a las necesidades de cada niño, si bien es cierto que se necesitaría realizar un nuevo proyecto en el cual se planteará una estructura en la cual se pudiera evaluar costos y beneficios del mismo con el objeto de poder ser presentado ante el DIF estatal para la formación del mismo.

En México el Instituto Nacional de Pediatría es uno de los hospitales pediátricos que cuenta con una clínica que ofrece un seguimiento a el niño maltratado, creo se podría tomar la base de este hospital y acercarnos a este con el objetivo de una mayor orientación en caminado a la formación de la clínica dentro del Hospital del Niño DIF Pachuca.

ANEXOS
ENCUESTA

DEL NIÑO. IDENTIFICACIÓN:

EDAD: _____ SEXO: _____ PESO: _____

TALLA: _____

1. Desarrollo Físico:

a. P3 – P10: _____

b. P10 – P90: _____

c. P90: _____

2. Inmunizaciones:

a. No ha recibido el esquema de vacunas _____

b. Falta una vacuna del esquema _____

c. Recibió todas las vacunas _____

3. Estado de salud del niño:

a. Anomalía congénita _____

b. Enfermedad crónica _____

c. Sano o enfermedad aguda _____

4. Ante la enfermedad del niño ¿Acude al médico?

a. Nunca _____

b. Algunas veces _____

c. Siempre _____

5.- De haber estado Hospitalizado anteriormente cuales Fueron las Causa

6. Escolaridad de los padres:

a. Básica: _____

b. Media: _____

c. Superior: _____

7. Composición de la Familia:

a. Incompleta: _____

b. Completa: _____

8. ¿Quién castiga y/o Lesiona al niño?

a. Ambos padres: _____

b. Un solo progenitor: _____

c. Ninguno: _____

9. Forma de Castigo:

- a. Física: _____
- b. Verbal: _____
- c. Otras: _____

9.1 Tipo de lesión

- a. TCE _____
- b. Quemadura _____
- c. Abuso Sexual _____
- d. Abandono _____
- e. Contusiones _____
- f. Herida _____
- g. Fractura _____
- h. Otras _____

DE LOS PADRES:

Edad de la madre _____ Edad del padre _____

Tipo de unión: Casado ___ Soltero ___ Viudo ___ Divorciado ___

Concubinato _____

Ocupación del padre _____

Ocupación de la madre _____

12. Hábitos alcohólicos o drogadicción:

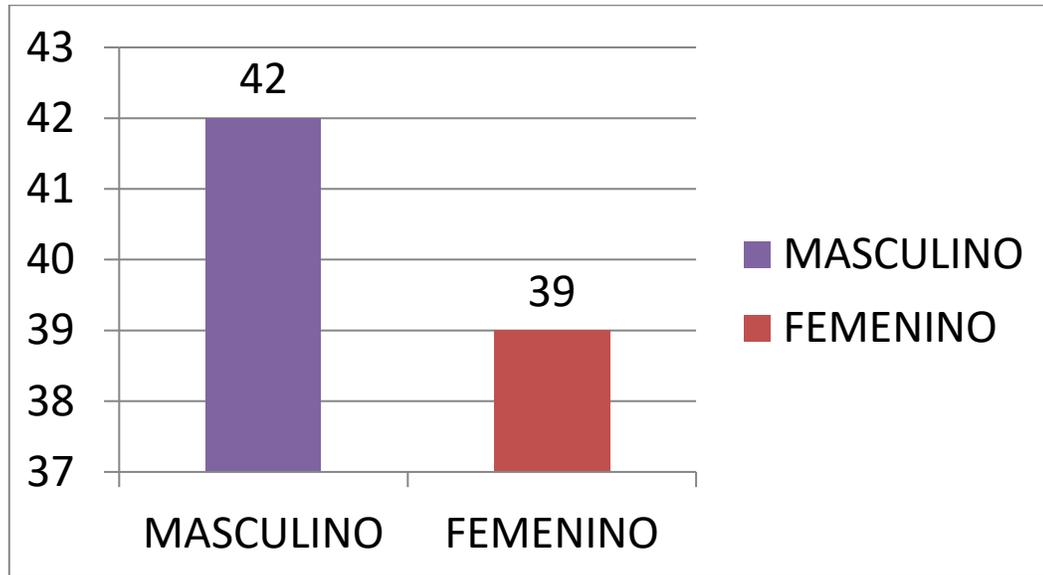
- a. Frecuentemente: _____
- b. Pocas veces: _____
- c. Ninguna: _____

EXAMEN FÍSICO:

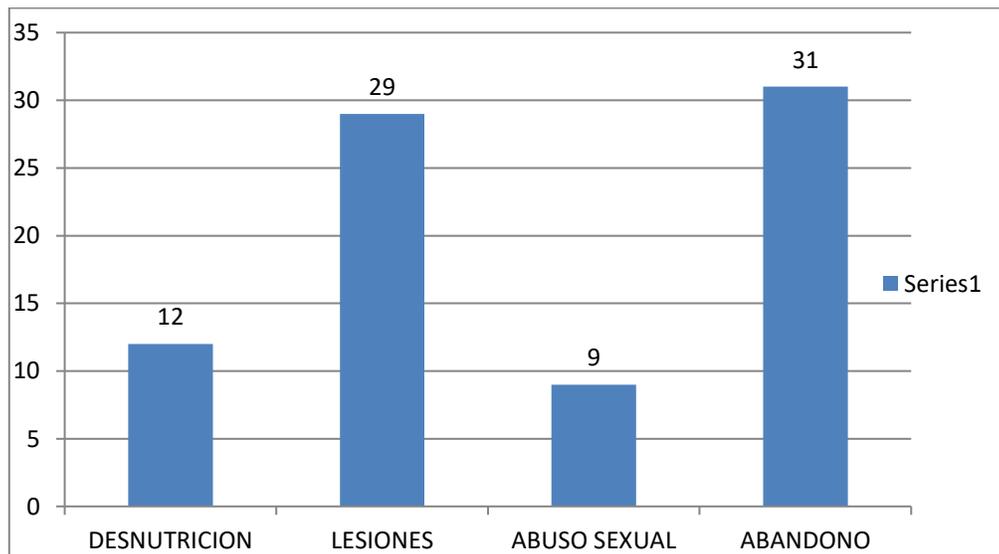
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Casos Reportados: 81

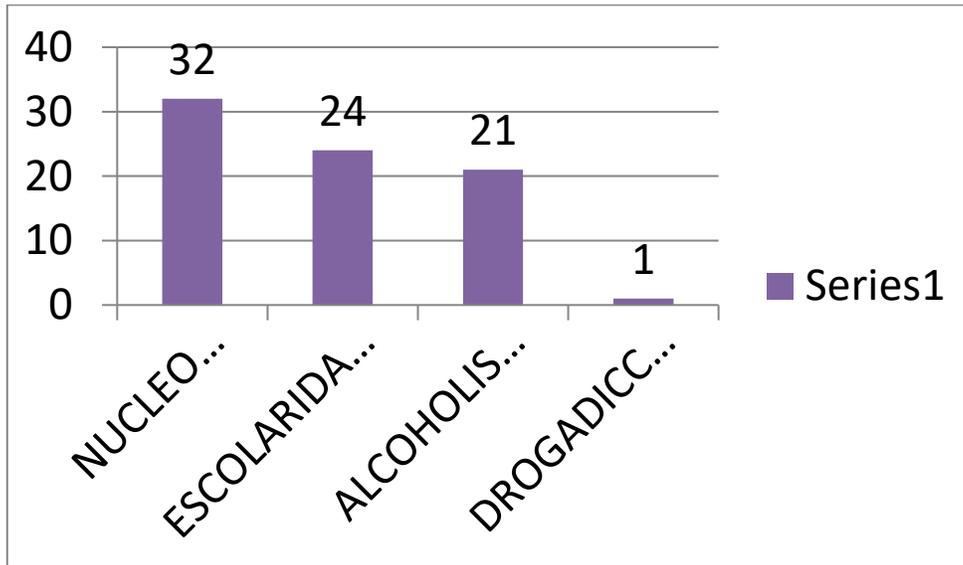
Edad Promedio: 8.5



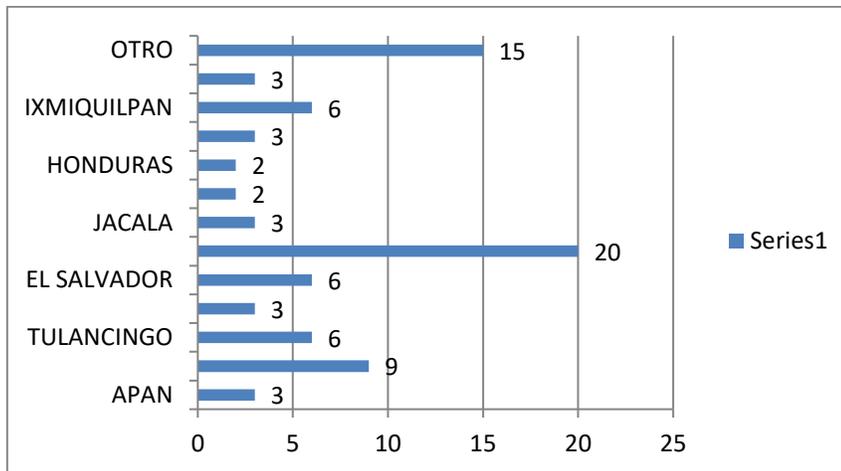
CAUSAS DE INGRESO A URGENCIAS



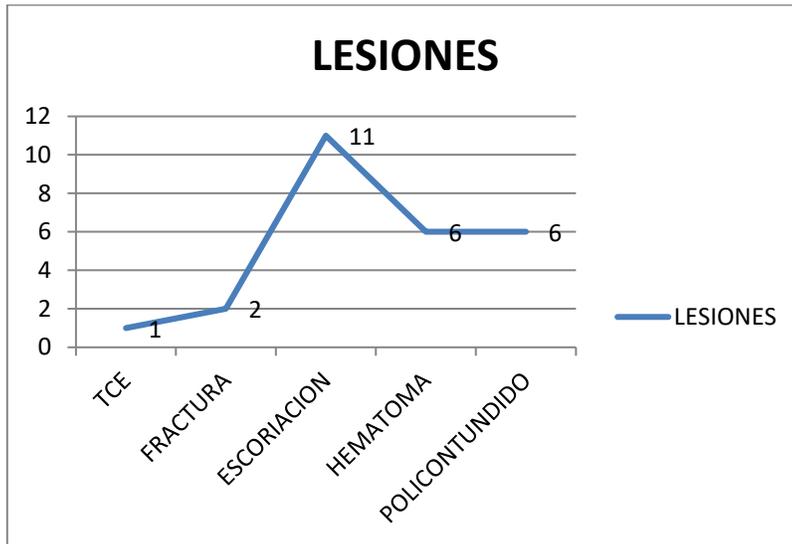
FACTORES ASOCIADOS



PROCEDENCIA

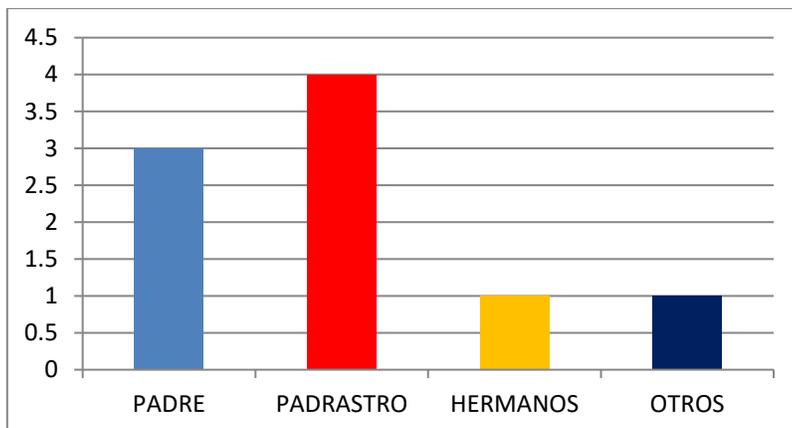


Casos reportados: 29

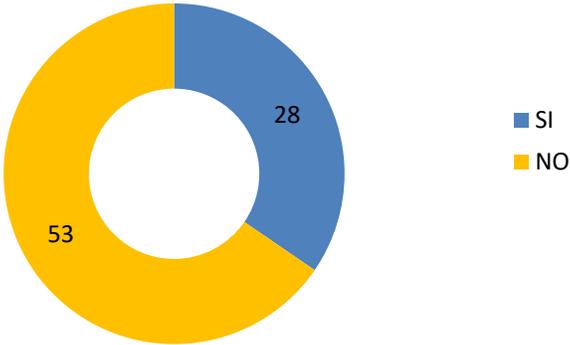


PRINCIPALES AGRESORES DE ABUSO SEXUAL

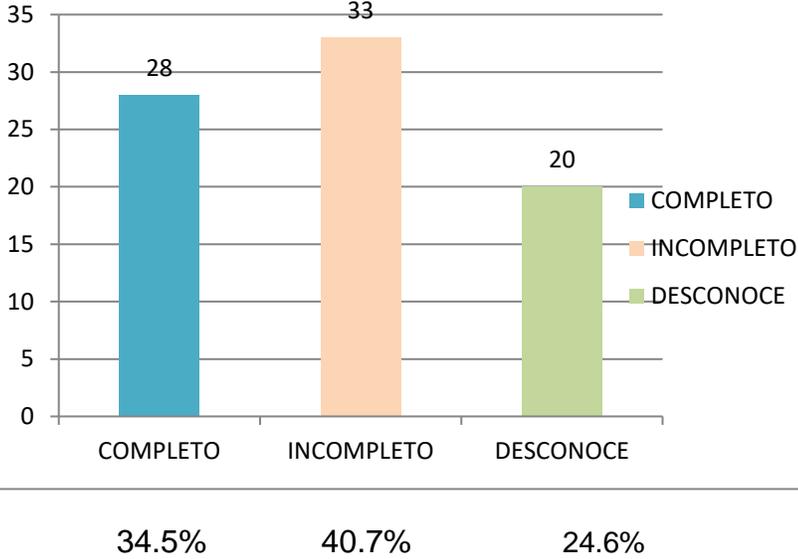
Casos reportados: 9



ABANDONO



NÚCLEO FAMILIAR



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Al Rifai Al Masri, Mohamad, Síndrome del Niño Maltratado en los servicios de Pediatría, Ciudad Bolívar, 2010

- 2.-Álvarez Alejandro, Síndrome del Niño Maltratado, San Pedro Sula, Honduras, 2011.

- 3.- Mojarro Iñiguez María, Guía del Diagnóstico Presuntivo del Maltrato infanto-juvenil, 2006.

- 4.- María Felicitas Guerrero-Cazares, Francisco Delgado-Guerrero, Clasificación Actual del Niño Maltratado, Rev. Hospital Juárez México 2012.

- 5.- Emilio Herrera-Basto, Indicadores para Detección de Maltrato en Niños, Salud Publica de México, 1999.

- 6.- J. López-Torrecilla, Maltrato Infantil, México D.F. 2009

- 7.- Emilia Lachica López, Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales, Granada, CuadMed Forense 2010;16(1-2):53-63

- 8.- Gabriel Lago Barney - Germán Rojas Guerrero - Augusto Posada Vidales - Margarita Montufar Neira, Síndrome de Maltrato Infantil, Barcelona, Esp. 2010

9. Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child Abuse and neglect. Scand J Surg 2011; 100: 264-72.

10. Sanger TD, Gaebler-Spira D, Hallett M, Mink JW. Classification and definition of disorders causing hypertonia in childhood. Pediatrics 2003; 111: 89-97.

11. Games ES, Palacios TJ. Introducción a la pediatría. 6a. Ed. México: Editorial Méndez Oteo; 2003, p. 739-41.
12. UNICEF. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Innocent Report Card 7, 2007.
13. Secretaría de Desarrollo Social-Hábitat. Avances de la Evaluación de los Registros Administrativos en Materia de Violencia. México, DF: SEDESOL; 2010.
14. King DC, Abram KM, Romero EG, Washburn JJ, Welty LJ, Teplin LA. Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatrics* 2011; 1430-8.
15. Rodríguez-Herrera R, Loredó-Abdalá A. Síndrome del niño maltratado. McGraw-Hill; 2005, 108: 631-6.
16. Behrman R, Kliegman R, Nelson A. Tratado de pediatría. Parte IV Aspectos sociales. Editorial McGraw-Hill Interamericana; p. 113-28.
17. Marchand J, Deneyer M, Vandenplas Y. Educational paper: Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *Eur J Pediatrics* 2011;17-23.
18. Cooper L. The medical analysis of child sexual abuse images. *Sex Abuse* 2011: 631-42.