

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN MEDICINA FORENSE**



**LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE 15
AÑOS, SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL "HOSPITAL
DEL SUD", COCHABAMBA, BOLIVIA, GESTIONES 2018 Y
2019**

**POSTULANTE: Dra. Ana Violeta Miranda Peña
TUTOR: Dr. M. Sc. Fernando Mauricio Valle Rojas**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en
Medicina Forense**

La Paz – Bolivia
2024

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Nelsi Ali y Carlos Alberto, mamá y papá, por el apoyo constante e incondicional. A mis hermanos Luis Ollantay, Wayra Libertad y Willka Fidel, por su acompañamiento, paciencia y colaboración en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Expresar profundo agradecimiento a: mi mamá inspiración y aliento inmutables, mi papá por su sostén y asesoría, mi hermana por sus correcciones y sugerencias en diseño gráfico, mis hermanos por toda la paciencia y ayuda, mis amigas y amigos por su asistencia en momentos cruciales. Al Hospital del Sud, al director y personal de esta institución que me abrió las puertas para realizar este estudio permitiéndome ingresar a sus instalaciones, emergencias, vigencia de derechos y archivo proporcionándome datos, libros y las historias clínicas.

Al Dr. Fernando Valle, tutor de tesis, por su apoyo, paciencia, aliento, aguante, exigencias y acompañamiento, gracias infinitas.

A la UMSA, mediante el postgrado de medicina, me acogió en sus aulas y recibí el soporte de todo el personal.

A los docentes de la Maestría en Medicina Forense, por su tiempo y conocimientos impartidos, deseándoles siempre éxito.

A la Lic. Justa Cruz, Dra. Noelia Urteaga y Dr. Diego Maidana, del tribunal revisor por su tiempo y correcciones, muchas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. ANTECEDENTES	5
A. ESTADO DEL ARTE.....	5
A.1 ESTADO DEL ARTE: INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL	5
A.2. ESTADO DEL ARTE: INVESTIGACIÓN NACIONAL	8
IV. MARCO TEÓRICO.....	22
A. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	22
A.1. INFANCIA	22
A.2. LESIONES POR CAUSA EXTERNA.....	23
A.2.1 LESIONES NO INTENCIONALES.....	24
A.2.2 LESIONES INTENCIONALES	25
A.2.2.1. LESIONES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA	26
A.3. MALTRATO INFANTIL.....	30
A.3.1. DEFINICIÓN	30
A.3.2. TIPOS DE MALTRATO	31
A.4. TIPOS DE LESIONES. -.....	32
A.4.1. DEFINICIÓN DE LESIÓN.....	32
A.4.2. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES.....	32
B. MARCO JURÍDICO O LEGAL	37
C. MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL	45
D. MARCO TEÓRICO INSTITUCIONAL	46
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	51
VI. OBJETIVOS.....	52
A. OBJETIVO GENERAL	52
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
VII. HIPÓTESIS.....	53

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
A. TIPO DE ESTUDIO.....	55
B. POBLACIÓN Y AREA DE ESTUDIO	56
C. MUESTRA	56
D. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	57
1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	57
2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	57
E. TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS...57	
F. VARIABLES	59
G. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	61
H. ASPECTOS ÉTICOS.....	64
IX. RESULTADOS.....	66
X. DISCUSIÓN.....	81
XI. CONCLUSIONES.....	88
XII. RECOMEDACIONES.....	90
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
XIV. ANEXOS	107

ÍNDICE DE CUADROS

Pág.

CUADRO N° 1: ESTADO DEL ARTE SOBRE LESIONES POR CAUSA EXTERNA: NIÑOS ASISTIDOS A UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS	5
CUADRO N° 2: ESTADO DEL ARTE SOBRE LESIONES INTENCIONALES: ESTUDIO DEL MALTRATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VIACHA.....	8
CUADRO N° 3: CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSAL	35
CUADRO N°4: CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS ÓSEAS.....	37
CUADRO N°5: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL DEL SUD	48
CUADRO N° 6: VARIABLES	60
CUADRO N° 7: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
CUADRO N° 8: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN GÉNERO.....	66
CUADRO N° 9: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. POR TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA.....	67
CUADRO N° 10: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN PROCEDENCIA.....	68
CUADRO N° 11: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN CAUSA EXTERNA: NO INTENCIONALES E INTENCIONALES.....	69
CUADRO N° 12: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019.	70

CUADRO Nº 13: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019.	72
CUADRO Nº 14: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE	73
CUADRO Nº 15: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE: CONTUSO.	74
CUADRO Nº 16: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE: PUNTA FILO.....	76
CUADRO Nº 17: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE: PAF.....	77
CUADRO Nº 18: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE: FÍSICO QUÍMICO.....	78
CUADRO Nº 19: DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN UBICACIÓN ANATÓMICA.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 1. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA.....	28
FIGURA N° 2. MAPA DE UBICACIÓN DEL HOSPITAL DEL “SUD”	47

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	108
ANEXO N° 2: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR PROFESIONALES	111
ANEXO N° 3: CARTA DIRIGIDA A LA DR. RICARDO CÉSPEDES SANABRIA DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL SUR DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA.	123
ANEXO N° 4: PROPUESTA DE FICHA DE REGISTRO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE 15 AÑOS, PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL SUD.	124

ACRÓNIMOS

ACE. - Actualización Cartográfica Estadística.

Adobe Illustrator. - Software de diseño gráfico desarrollado por Adobe Inc.

CDN. - Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

CP.- Cuidados Paliativos.

FELCV. - Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia.

Microsoft Excel. - Programa de software desarrollado por Microsoft Corporation utilizado para crear hojas de cálculo electrónicas.

OMS. -Organización Mundial de la Salud.

ONU. - Organización de las Naciones Unidas.

OPS. - Organización Panamericana de la Salud.

PAF. - Proyecto de Arma de Fuego.

SIPPROINA. - Sistema Plurinacional de Protección Integral de la Niña, Niño y Adolescente.

TEC. - Traumatismo Craneoencefálico.

UCPP-CHPR. - Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

UNICEF. - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

RESUMEN

Este estudio consideró las lesiones por causa externa, no intencionales e intencionales. Se exploraron sus respectivas clasificaciones y características, las cuales sirvieron de guía para su ejecución.

Objetivo general. Caracterizar las lesiones en menores de 15 años del Servicio de emergencias del Hospital del "Sud", Cochabamba, Bolivia - gestiones 2018 y 2019.

Material y Métodos. Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo centrado en las lesiones por causa externa, no intencionales e intencionales, en menores de 15 años, los datos necesarios para la investigación se recopilaron mediante la revisión de historias clínicas, utilizando una ficha de recolección diseñada con ese propósito. El periodo de estudio abarcó desde agosto de 2018 hasta agosto de 2019.

Resultados. Se identificaron 388 casos de menores de 15 años, 65% del sexo masculino. En su mayoría, escolares (39%), procedentes de ciudad (77%). Lesiones no intencionales (89%), intencionales (11%). De las no intencionales, las más frecuentes fueron caídas con un 47%. De las intencionales, la mayoría fueron agresiones (95%), de estas, el maltrato infantil 83%. Según el agente causante, el más frecuente fue, agente contuso (74%), 68% no intencionales y 6% intencionales, de estas, las más frecuentes fueron las caídas 58%, 57% no intencionales, y 1%, intencionales. la ubicación más frecuente, fue el cráneo, con 24%, 23% no intencionales y 1%, intencionales.

Conclusiones. El estudio de las lesiones en menores de 15 años, es fundamental, por tratarse de importantes causas de sufrimiento, dolor, secuelas, alteraciones en el desarrollo físico, mental, consecuencias sociales, económicas, discapacidad, e incluso cobrar vidas a corta edad, en los lesionados.

PALABRAS CLAVE

Lesiones por Causa Externa, no Intencionales, e intencionales, Maltrato Infantil.

ABSTRACT

This study considered injuries due to external causes, unintentional and intentional. Their respective classifications and characteristics were explored, which served as a guide for this study execution.

General Objective: Characterize injuries in children under 15 years of age in the Emergency Service of the "Hospital del Sud", Cochabamba, Bolivia - 2018 and 2019 administrations.

Materials and Methods: This study is quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective, focused on external cause injuries, both, unintentional and intentional, in children under 15 years of age. The information necessary for the research was obtained after reviewing medical records, using a data sheet designed with that purpose. The study period starts from August 2018 to August 2019.

Results: 388 cases of children under 15 years of age were identified, 65% male. Most of them were schoolchildren (39%), coming from the city (77%). Unintentional injuries (89%), intentional (11%). Of the unintentional ones, the most frequent were falls with 47%. Of the intentional ones, most were assaults (95%), of these one's child abuse was 83%. According to the causative agent, the most frequent was contuse agent (74%), 68% unintentional and 6% intentional, of these, most were falls 58%, 57% unintentional, and 1% intentional. Frequent location was the skull, with 24%, 23% unintentional and 1%, intentional.

Conclusions: The study of injuries in children under 15 years old is essential, as they are important causes of suffering, pain, consequences, alterations in physical and mental development, social and economic consequences, disability, disability that even claiming lives at a young age in those injured.

KEYWORDS

External Cause Injuries, Unintentional and Intentional, Child Abuse.

I. INTRODUCCIÓN

El término "lesión" en medicina se refiere a la alteración en la función de un órgano debido a factores internos o externos al cuerpo. Legalmente una lesión, es la alteración de la salud o daño físico visible causado por factores externos¹. Las "causas externas" abarcan eventos ambientales que pueden provocar enfermedad o muerte, incluyendo actos intencionales o no intencionales².

Los menores, requieren consideraciones especiales ante cualquier tipo de lesión, por ser tan vulnerables a las fuerzas sobre su cuerpo, comparado con los adultos; viven en un mundo diseñado para adultos y, con frecuencia, son incapaces de juzgar los riesgos inherentes en muchas situaciones peligrosas³.

Por múltiples razones, en la Infancia, las lesiones por causa externa, provocan gran impacto económico, social, emocional y en la salud pública^{2,3}; siendo una población sumamente frágil, enfrentan una constante amenaza a pesar de los notables avances en su protección. Asegurar su desarrollo adecuado y el cumplimiento de sus derechos es un desafío persistente.

Las lesiones intencionales por causa externa, especialmente el maltrato infantil, requieren una atención prioritaria, representan la principal amenaza a los derechos de los niños y niñas. El maltrato infantil, considerado como toda forma de violencia que se perpetra contra un menor⁴, es un problema social y de salud, de primer orden, y está catalogado por la Organización Mundial de la Salud, como una prioridad en salud pública⁵.

Según el informe *Ocultos a Plena Luz*, 2014, presentado por UNICEF, como promedio, 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1.000 millones) de 2 a 14 años de edad, sufren de manera periódica, castigos físicos (corporales), a manos de sus cuidadores. Afectan como promedio al 17% de los niños, en 58 países.

En otros 23 países, la aplicación de castigos físicos severos, ocurre en más de uno de cada cinco niños⁶.

La información sobre lesiones se obtiene principalmente a través de los medios de comunicación, que suelen informar sobre casos individuales de accidentes, violencia y maltrato infantil. Aunque los servicios de emergencia registran, evalúan y tratan estas lesiones, el procesamiento posterior de los datos suele ser limitado, a menudo quedando en registros manuales o planes. Además, las herramientas para el registro continúan siendo obsoletas. Es en este sentido que surge la necesidad de realizar un estudio de las lesiones por causa externa en los menores, ya que las publicaciones encontradas respecto a este tema no detallan sus características, que resultan relevantes en el primer contacto, en los servicios de emergencia, para diferenciar la intencionalidad de estos.

En el presente trabajo de investigación, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, de los aspectos teóricos más relevantes sobre lesiones en la infancia, lesiones por causa externa, clasificadas en no intencionales o accidentales y en intencionales, clasificación y características, revisión que, sirvió de guía, en la realización del estudio que pretende caracterizar las lesiones en menores de 15 años, en el Servicio de Emergencias del “Hospital del Sud” de la ciudad de Cochabamba, ubicado en el distrito 9, La Tamborada, de la zona Sur.

En cuanto al alcance principal del estudio, a través de la presente investigación, se pretende realizar la caracterización de lesiones por causa externa, intencionales y no intencionales, que constituyan un parámetro real con datos importantes para evaluar, describir y, principalmente, diferenciar la intencionalidad de los hechos; culminando con una propuesta de ficha de registro.

II. JUSTIFICACIÓN

Las lesiones en los niños, son una de las principales causas de muerte y enfermedad, por lo que, constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. Cientos de miles de niños fallecen cada año, a causa de lesiones o violencia, y son millones los que sufren sus secuelas⁷.

Es vital para la sociedad en su conjunto, las ciencias de la salud, las ramas forenses y, esencialmente, para las/los profesionales médicos: identificar y diferenciar las lesiones por causas externa (intencional y no intencional), en niñas y niños, en los servicios de emergencia, estas lesiones se constituyen motivo de consulta frecuente, primordialmente, los casos de violencia y maltrato infantil.

La Representante Adjunta de UNICEF, María Elena Ubeda, citó datos de la Fiscalía que señalan que, en noviembre de 2020, se contabilizó más de 30.000 casos de violencia contra mujeres, niños, niñas y adolescentes. La situación es igualmente grave por el incremento de los feminicidios y los infanticidios, en el aislamiento de las familias por la crisis del COVID-19⁸.

El presente estudio, pretende realizar una caracterización de las lesiones, por causa externa, en menores de 15 años, registradas en las historias clínicas del Servicio de Emergencias, dentro del centro de referencia "Hospital del Sud" de la Tamborada, en la ciudad de Cochabamba; para clasificar e identificarlas, y hacer un recuento de los tipos de lesiones que presentaron a su llegada, describirlos, clasificarlos y procesar estos datos.

La relevancia del presente estudio, radica en la contribución a la amplificación del conocimiento sobre lesiones por causa externa, intencionales y no intencionales, y a la creación de una base de datos, que contenga las características encontradas sobre estos tipos de lesiones, que sirva de información y referencia, para que, al momento de la evaluación, se logre diferenciarlas y, consecutivamente, efectuar un manejo de estos casos, desde

un enfoque integral y multidisciplinario, en especial, los relacionados con la violencia, y el maltrato infantil para alertarlos de manera pronta y oportuna..

Los resultados alcanzados, pretenden coadyuvar en la creación de herramientas que, permitan agilizar y efectivizar la identificación oportuna e inmediata de las lesiones por causa externa, esta permitirá, no solo a los servicios de emergencias, sino también, a las instituciones públicas/privadas en su conjunto, y a futuros investigadoras e investigadores, a construir cifras amplias y actualizadas en un futuro.

Además, se requieren este tipo de estudios, para que se disponga de datos comprobados, adecuados al contexto local, y así, se genere la necesidad de crear políticas públicas y preventivas, en defensa y seguridad de las niñas y niños.

III. ANTECEDENTES

A. ESTADO DEL ARTE

A.1 ESTADO DEL ARTE: INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

CUADRO Nº 1

ESTADO DEL ARTE SOBRE LESIONES POR CAUSA EXTERNA: NIÑOS ASISTIDOS A UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS

Nombre del documento	Niños asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell por lesiones de "causas externas". Años 2008-2016 ⁹ Publicado en la revista Archivos de Pediatra del Uruguay vol.88 no.3 Montevideo jun. 2017	
Institución	Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell.	
Autores	Martín Notejane, Mercedes Bernadá, Andrea González Andrea Bertinat.	
Antecedentes del tema	Las lesiones por "causas externas", intencionales y no intencionales, como importante problema de salud pública a nivel mundial. En Uruguay, los siniestros de tránsito son la principal causa de muerte después del primer año de vida, con los traumatismos encefalocraneanos como la causa principal de muerte y discapacidad. Además, el ahogamiento, el suicidio y el maltrato infantil contribuyen significativamente a la mortalidad y morbilidad. Muchos niños y adolescentes que sufren estas lesiones quedan con secuelas graves, subrayando la necesidad de cuidados paliativos. Sin embargo, la escasez de datos dificulta el desarrollo de estrategias de atención y seguimiento adecuadas.	
Metodología	Resultados	Discusión
El estudio fue descriptivo y retrospectivo, en	Se asistieron 5,4% (38/703) niños como consecuencia	Aunque el porcentaje de los niños atendidos en la

<p>menores de 18 años atendidos por la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell debido a lesiones graves por "causas externas" entre octubre de 2008 y noviembre de 2016. Se evaluaron variables como la gravedad de las lesiones, problemas clínicos, secuelas neurológicas, tiempo de hospitalización y condiciones de egreso. Se respetó el secreto profesional y se obtuvo aprobación ética. Los datos se recopilaron de forma epidemiológica, protegiendo la identidad de los pacientes.</p>	<p>de lesiones por "causas externas". Mediana de edad: 4 años 11 meses (rango: 3 meses - 15 años); sexo masculino (23/38). Entre las "causas externas" que condicionaron ser pasibles de Cuidados paliativos, más frecuentes siniestros de tránsito (17/38), maltrato infantil (11/38). La mayoría presentaron TEC grave (27/38). Al egreso hospitalario permanecían con: secuela neurológica motora (33/38); trastorno severo del lenguaje (19/38). Utilizaron en algún momento prótesis y/o dispositivos de tecnología médica (36/38); más de una (26/36). Se registraron siete fallecimientos.</p>	<p>unidad con lesiones por "causas externas" es bajo, muchas lesiones eran prevenibles, traumatismos graves, por siniestros de tránsito y maltrato infantil, tuvieron graves consecuencias, la muerte de siete niños y dejando a otros con discapacidades permanentes. Las principales causas violencia y accidentes de tráfico, afectaron la vida de los niños y sus familias, representan un desafío importante para el sistema de salud y las políticas públicas. La colaboración entre diferentes profesionales y sectores sociales es crucial para abordar adecuadamente estas situaciones y proporcionar atención integral a los niños y adolescentes afectados.</p>
<p>Conceptos Abordados</p>	<p>Accidentes de tránsito. Maltrato a los niños. Heridas y traumatismos. Cuidados paliativos. Niñez</p>	
<p>Aporte de la Investigación</p>	<p>El estudio brinda una detallada descripción del problema de las lesiones por "causas externas" en niños y adolescentes en Uruguay, identificando los principales factores desencadenantes como los siniestros de tránsito y el maltrato infantil. Además, analiza las graves consecuencias médicas y sociales de estas lesiones, subrayando la importancia de abordar este problema desde la salud pública y tomar medidas preventivas efectivas. Haciendo un llamado a la acción para mejorar la prevención y atención de estas lesiones, involucrando a diversos actores, desde profesionales de la salud hasta instituciones gubernamentales y la sociedad en general.</p>	

Resultados de la investigación	<p>Durante el estudio, la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell atendió a 703 niños y adolescentes, de los cuales el 5,4% (38) sufrieron lesiones por "causas externas". La mayoría eran varones (23) procedentes del interior del país (29). Las lesiones principales fueron traumatismos encefalocraneanos graves, principalmente por siniestros de tránsito y maltrato infantil. La estadía hospitalaria, con una mediana de 64 días en cuidados intensivos. Los problemas comunes, trastornos de deglución y dolor, tratados con morfina. Al alta, la mayoría presentaba secuelas neurológicas y requería dispositivos médicos. Algunos regresaron a casa, otros quedaron bajo cuidado del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, y algunos fallecieron, con algunos pacientes con directivas de adecuación del esfuerzo terapéutico.</p>
ANALISIS DEL TRABAJO	
Análisis de la investigación	<p>La investigación proporciona una visión detallada de las lesiones por "causas externas" en niños y adolescentes en Uruguay, destacando su impacto significativo como problema de salud pública. Se evidencia que estas lesiones, especialmente los traumatismos encefalocraneanos, tienen secuelas graves, como discapacidades permanentes y dependencia. Los hallazgos resaltan la necesidad urgente de intervenciones preventivas y de atención integral para reducir estos impactos, lo que subraya la importancia de abordar el problema desde múltiples áreas, salud pública y otras disciplinas sociales.</p>

Nota: Elaboración propia

A.2. ESTADO DEL ARTE: INVESTIGACIÓN NACIONAL

CUADRO Nº 2

ESTADO DEL ARTE SOBRE LESIONES INTENCIONALES: ESTUDIO DEL MALTRATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VIACHA

Nombre del documento	Estudio del Maltrato en Niños y Adolescentes Atendidos en el Centro de Salud Viacha, La Paz, Bolivia, Primer Trimestre, 2020 ¹⁰ La Paz 2022. Publicado en 2023 : Repositorio UMSA	
Institución	Centro de Salud Viacha, La Paz, Bolivia	
Autor	Anyela Mayka Ruelas Viza	
Antecedentes del tema	Aunque hay datos que indican la mayor vulnerabilidad de las niñas y adolescentes ante la violencia, el abuso y la discriminación, aún no se han establecido políticas o estrategias integrales para abordar este problema por parte de la sociedad y el Estado. Esta falta de acción se refleja en la escasez de análisis y estudios sobre el tema, así como en la ausencia de programas y políticas públicas específicas para enfrentar esta problemática de manera efectiva.	
Metodología	Resultados	Discusión
El estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, que se realizó en el Centro de Salud Viacha durante el primer trimestre de 2020, análisis de 80 historias clínicas de niños y adolescentes atendidos en consulta externa y emergencia. Se trabajó	Se registraron 42 historias clínicas (52.5%) atendidas en consulta externa y 38 (47.5%) en el servicio de emergencias. En cuanto al género, el 45% correspondió a mujeres y el 55% a hombres, sugiriendo una mayor vulnerabilidad masculina al maltrato infantil. Los niños de 2 a 5	El estudio analizó casos de maltrato en menores de 2 a 15 años atendidos en consulta externa y emergencias del Centro de Salud Viacha en el primer trimestre de 2020. Se observó que la consulta externa captó la mayoría de los casos, sin mucha diferencia con el servicio

<p>con la totalidad de la población estudiada. A través de un formulario para recopilar datos sobre casos de maltrato, con variables cuantitativas y categóricas.</p>	<p>años representaron el 32.5% de los casos, seguidos por los de 6 a 9 años con el 33.8%. Las lesiones más comunes fueron equimosis (20%), hematoma (16.25%) y quemaduras (21.25%). La espalda/glúteos fue la región más afectada (23.8%). El maltrato por omisión fue más común (62.5%), con descuido/negligencia (36.3%) siendo el más frecuente. El maltrato físico fue predominante (58.8%), seguido por el psicológico (32.5%) y el sexual (8.8%).</p>	<p>de emergencias. Mayor porcentaje de maltrato en niños, aunque otros estudios señalan que las niñas son más afectadas. Mayor incidencia en niños de 6 a 9 años. La incidencia de violencia sexual registrada fue baja, posiblemente subestimada debido a la naturaleza tabú del tema. El maltrato físico fue más común que el psicológico y sexual, siendo la espalda/glúteos la zona más afectada, lo cual coincide con un estudio anterior. Sin embargo, hubo discrepancias en las lesiones de extremidades, que podrían indicar un cambio en los patrones de maltrato físico.</p>
<p>Conceptos Abordados</p>	<p>Agresor Infantil Maltrato Infantil Niña, Niño y Adolescente</p>	
<p>Aporte de la Investigación</p>	<p>Propuesta de un instrumento de registro de atención en casos de Maltrato Infantil y un Taller de Capacitación de la Implementación del Instrumento de Atención en el Maltrato Niño, Niña y Adolescente en el Centro de Salud Viacha.</p>	
<p>ANALISIS DEL TRABAJO</p>		
<p>Análisis de la investigación</p>	<p>La investigación proporciona información valiosa sobre la incidencia, características y factores asociados al maltrato infantil en el Centro de Salud Viacha. Sin embargo, también señala la necesidad de abordar las discrepancias encontradas y llevar a cabo investigaciones adicionales para desarrollar intervenciones más efectivas de prevención y atención.</p>	

Nota: Elaboración propia

En sucesivas revisiones, no se encontraron estudios específicos actualizados, que caractericen las lesiones o lesiones por causa externa en menores de 15 años, en los servicios de emergencia.

Se citan algunas investigaciones encontradas sobre lesiones por causa externa:

El estudio de M. Limbos y Peek-Asa denominado: Comparación de lesiones intencionales y no intencionales en un entorno escolar¹¹.

Determinó la incidencia de lesiones relacionadas con la violencia en un distrito escolar urbano y comparó las características de las lesiones escolares intencionales y no intencionales¹¹.

Revisó una muestra de informes completados, de accidentes de estudiantes para un distrito escolar en 1997 para determinar las características demográficas del estudiante y las características de las lesiones¹¹.

Las lesiones se clasificaron como no intencionales, intencionales o de intención desconocida¹¹.

Las tasas de incidencia anual de lesiones por cada 100 estudiantes se calcularon por intención, grado y sexo¹¹.

Las comparaciones entre las lesiones intencionales y no intencionales se realizaron utilizando razones de probabilidad e intervalos de confianza del 95%¹¹.

De 11.674 lesiones, el 77,2% fueron involuntarias, el 16,8% fueron intencionales y el 6,0% fueron de intención desconocida¹¹.

La tasa global de lesiones anualizada fue de 1,74 lesiones por cada 100 estudiantes / año¹¹.

La tasa de lesiones no intencionales fue casi cinco veces mayor que la tasa de lesiones intencionales de 0.29 lesiones por cada 100 estudiantes / año¹¹.

Los estudiantes de secundaria tuvieron las tasas más altas de lesiones intencionales y no intencionales¹¹.

Los hombres de todos los grados tuvieron las tasas más altas de lesiones¹¹.

La mayoría de las lesiones ocurrieron durante el horario escolar¹¹.

Las lesiones intencionales tenían casi tres veces más probabilidades de estar asociadas con el juego no estructurado o después del horario escolar del patio de recreo; tenían menos probabilidades de ser testigos de eventos; y era más probable que ocurrieran en los terrenos de la escuela circundante que en lesiones no intencionales¹¹.

Las lesiones no intencionales representan un riesgo mayor para los escolares que las lesiones intencionales¹¹.

Un área potencial para enfocar las intervenciones de lesiones intencionales son las modificaciones del entorno escolar y los terrenos circundantes para mejorar la supervisión y el monitoreo¹¹.

En la investigación realizada en Nicaragua por D. Martinez y G. Lucia¹² denominada: Comportamiento de las lesiones en los pacientes atendidos en la emergencia de niño del Hospital Fernando Vélez Paiz de abril a noviembre 2003.

Se realizó un estudio sobre el comportamiento de las lesiones atendidas en la emergencia de niño del Hospital Fernando Vélez Paiz. En el período de abril a noviembre del año 2003, el cual fue de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal y la muestra comprendió el 100 % del Universo (4470 pacientes atendidos por lesiones)¹².

Encontró que las lesiones se presentaron en una frecuencia del 14 %¹².

Casi la totalidad de éstas fueron no intencionales 97.7 %¹².

El sexo masculino fue más afectado en el 65 %¹².

Los grupos etarios de 1-4, 5- 9 y 10 - 14 años se afectaron en forma similar en un 32.2, 32.5 y 32.3 % respectivamente¹².

La mayoría de los pacientes procedían del municipio de Managua en un 93 %¹².

El mecanismo de lesión que sobresalió fue la caída en el 67.8 %¹².

La mayoría de los pacientes se encontraba jugando al momento de lesionarse en un 79.7 %¹².

La naturaleza de la lesión que predominó fue la fractura en 33.1 %¹².

El lugar anatómico más afectado fue el antebrazo en el 21.1%¹².

La investigación realizada en Colombia por: Bejarano et al.¹³ Titulada Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica, diseñó en el Hospital Mario Correa Rengifo un Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa basado en registros institucionales, con el propósito de analizar e identificar las variables de interés, para conocer los patrones de violencia de esta comunidad. Muestra los siguientes resultados¹³:

Entre noviembre de 2003 y diciembre de 2005 se registraron 5.236 pacientes. De ellos, 5.171 (99,4%) fueron mayores de un año y 72,1% de sexo masculino¹³.

Más de la mitad de las lesiones ocurrieron en la calle o vía pública (52,0%), el hogar (32,8%) y sitio de trabajo (7,5%)¹³.

Las actividades más frecuentes fueron recreación (33,0%), labores personales (15,4%) e ingesta de bebidas alcohólicas (14,4%)¹³.

El estudio realizado por M Bejarano y L. Rendón³, Lesiones de causa externa en menores y mayores de 18 años en un hospital colombiano 2004-2007, definió y comparó las características de las lesiones de causa externa entre

los pacientes menores y mayores de 18 años que consultaron al Hospital Mario Correa Rengifo.

Analizó la información recabada mediante el Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa del hospital Mario Correa Rengifo de Cali, Colombia, comparando menores y mayores de edad, entre enero de 2004 y diciembre de 2007. Presentando los siguientes resultados³:

Se atendieron 4 507 menores de 18 años, la mayoría varones (69,3%), con 75,5% de las lesiones no intencionales (aunque 88% de las lesiones intencionales fueron interpersonales y 12% autoinfligidas)³.

Las lesiones se presentaron con mayor frecuencia en la residencia (44,1%) y la calle (39,5%); la actividad más frecuente fue la recreación (53,3%)³.

Los menores de 18 años tuvieron más lesiones en el cráneo (razón de posibilidades [OR] = 1,62; P = 0,0000) y la región maxilofacial (OR = 1,49; P = 0,0000) que los mayores³.

En 5,8% hubo consumo de alcohol y en 2,6% de drogas, lo que incrementó la ocurrencia de lesiones intencionales (alcohol OR = 4,25 y drogas OR = 1,56)³.

El estudio, Niños asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell por lesiones de “causas externas”. Años 2008-2016. Realizado por Martín Notejane, et al.⁹

Describió las características epidemiológicas y clínicas de los niños asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell (UCPP-CHPR), como consecuencia de lesiones por “causas externas”. Estudio descriptivo, retrospectivo. Que incluyó niños menores de 18 años asistidos por la UCPP- CHPR, entre 1/10/2008-30/11/2016. Arrojó los siguientes resultados⁹:

En el período estudiado se asistieron 5,4% (38/703) niños como consecuencia de lesiones por “causas externas”⁹.

Mediana de edad: 4 años 11 meses (rango: 3 meses - 15 años); sexo masculino (23/38)⁹.

Entre las "causas externas" que condicionaron ser pasibles de CP, lo más frecuente fueron los siniestros de tránsito (17/38), seguidos por maltrato infantil (11/38)⁹.

La mayoría presentaron TEC grave (27/38). Al egreso hospitalario permanecían con: secuela neurológica motora (33/38); trastorno severo del lenguaje (19/38). Utilizaron en algún momento prótesis y/o dispositivos de tecnología médica (36/38); más de una (26/36)⁹.

Se registraron siete fallecimientos⁹.

A continuación, se citan los estudios que se realizaron en Bolivia:

En cuanto a las lesiones no intencionales, se citan los estudios encontrados:

La investigación de V. Salazar et. Al.¹⁴ Prevalencia y mortalidad por accidentes en niños menores de 10 años Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría".

El estudio que fue realizado en la ciudad de La Paz, descriptivo y prospectivo para serie de casos; describe las características de los accidentes en niños del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" en un tiempo de 4 meses. Presenta los siguientes resultados¹⁴:

De 422 casos registrados, fueron varones el 55%¹⁴.

La edad promedio fue de 5.3 años¹⁴.

En el 84% de los casos el niño no se encontraba con sus padres y en un 56% se encontraba al cuidado de otro menor de edad¹⁴.

El 20% de los pacientes tenía antecedentes de accidentes previos en los últimos 6 meses¹⁴.

Las causas más comunes fueron: caídas 36%, quemaduras 20%, accidentes de tráfico 15.4%, envenenamientos 6% y mordeduras de animales 4.5%. Según el tipo de lesión producida fueron: heridas 31%, quemaduras 17%, fracturas 16% y el resto lesiones superficiales¹⁴.

En Bolivia, según la revisión bibliográfica realizada, las investigaciones de causas intencionales especialmente el maltrato infantil, fueron ampliamente estudiadas, no así las lesiones producto de este. A continuación, se citan los estudios encontrados:

La investigación de Mariscal¹⁵, en el año 2008, denominada: “Determinación de las Características del Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia Municipio de Caranavi Gestión 2002 – 2006”, determinó las características de las víctimas de maltrato infantil y abuso sexual, así como de sus agresores, de las circunstancias y la ruta en los procesos penales en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, dependiente del Municipio de Caranavi, durante la gestión 2005 y 2006, este estudio, revisó los datos registrados de 158 fichas de denuncia y expedientes judiciales, 53 de esos casos correspondían a maltrato infantil¹⁵.

La investigación pudo constatar que, hubo mayor número de casos durante la gestión 2006 (24%), en el mes de marzo (19%), procedentes de la zona urbana de Caranavi, entre 6 y 11 años (43%), de sexo masculino (57%), con retrasos escolares, los que denunciaron por maltrato físico y su principal agresor es el padre (34%)¹⁵.

En la investigación, realizada en 2009 por De Pardo, et al¹⁶. Denominada: “Incidencia de niños con maltrato de enero 2008 - julio 2009 en la Defensoría de la niñez de la provincia Cercado de Cochabamba”, se realizó un estudio del número de denuncias registradas desde enero 2008 al 1-julio 2009 en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia de la provincia Cercado-Cochabamba. El estudio, descriptivo de corte transversal. Estableció que¹⁶:

De 2392 casos registrados, 1956 niños adolescentes de 0-15 años, predominan menores de 5 años; 52% pertenecían al sexo masculino que sufrieron algún tipo de maltrato, como: maltrato físico, psicológico, sexual, ausencia de reconocimiento de afiliación y utilización de la menor en conflictos familiares¹⁶.

Los resultados más destacados fueron:

Inserción escolar de niñas de 6 a 11 años (2008) con 52,83% y 58,39% de niños de la misma edad en el 2009¹⁶.

Dentro de niños y adolescente que trabajan tenemos que 1,03% de 14-15 años trabajan dependientemente (2008) y 0,8% entre 12 y 13 años (2009)¹⁶.

En cuanto a los casos denunciados registrados, 22,44% son hombres (2008), entre las edades de 26 a 39 años y un 25,74%(2009), entre madres y personas ajenas¹⁶.

El denunciante en la mayoría de los casos del 2008 corresponde parientes cercanos al agredido con 45.75% y 50.40 % de personas ajenas al agredido que realizaron la denuncia¹⁶.

Peredo¹⁷ en 2009, se adentró en la Detección de Casos de Maltrato Físico Infantil en el Hospital del Niño “Manuel Ascencio Villarroel” Cochabamba, arrojando como resultados que, de 1106 pacientes internados, 26 son por maltrato físico infantil que representa el 2% en la gestión 2008 -2009. De estos, los preescolares tienen mayor porcentaje 27% seguido de los escolares 23%. El sexo femenino es el mayor porcentaje 54% en maltrato físico en relación al sexo masculino 46%. En su mayoría proceden del área suburbana en un 58%. La hora más frecuente de consulta fue durante el día 58%. Los casos de maltrato físico son más frecuentes en las familias disgregadas 62%. El factor pre-disponente mayoritario es el alcoholismo 30%, seguido de las peleas

familiares 23%. Los tipos de lesiones estudiados en orden de frecuencia, fracturas 22%, lesión genital 21%, hematomas 16%, excoriaciones y quemaduras 13%, equimosis 9%, lesión de piel 6%. En cuanto a la localización de las lesiones, cabeza 37%, genitales 23%, Cara, Pabellón auricular y Tórax 7%, Abdomen 3%, en cuanto a los agresores los frecuentes, la madre 26%, personas desconocidas 19% y el padre 15%. De los 26 casos identificados de maltrato físico infantil 24 hicieron la denuncia en las defensorías y 2 casos no la realizaron¹⁷.

La investigación de Padilla¹⁸, 2013, titulada Características del Maltrato Infantil de Niños y Niñas, menores de 12 Años de edad atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses del Municipio de Sucre, Gestión 2013, determinó que el maltrato infantil se ha presentado frecuentemente en aquellos que tienen 12 años con 18%, 8 años con 12,2%, 11 años 10,6%, 5 años 10,1%.

En cuanto al sexo mayormente es susceptible de algún tipo de maltrato infantil el sexo femenino con 65,1% y en segundo lugar el sexo masculino con 34,9%¹⁸.

Según el mes de mayor frecuencia de casos de Maltrato Infantil registrados de acuerdo a certificados médicos forenses, Julio 12,7%, marzo y abril, 11,6%, septiembre con 11,1%, diciembre 10,6%, agosto con 9,5%, junio con 7,9%, noviembre con 6,9%, mayo con 6,3%, octubre con 5,8%, febrero 4,2%, enero con 1,6%¹⁸.

Sobre la tipología que predomina en los casos de maltrato infantil, agresiones físicas con 52,4%, agresiones sexuales 47,1%, agresiones físicas y sexuales con 0,5%¹⁸.

El agresor por orden de frecuencia en los casos encontrados fue, Conocido (a) 26,5%, Desconocido (a) 25,9%, Padre 22,8%, Familiar 14,8%, Madre 10,1%. En relación al parentesco del agresor con la tipología de la agresión, Agresión

física, Padre 21,7%, Agresión Sexual Desconocido 23,3%, Agresión física y Sexual, Familiar 0,5%¹⁸.

En relación entre el sexo de la víctima y el tipo de agresión, la Agresión Física es mayor en el sexo masculino con 28,6%, la Agresión Sexual es predominante en el sexo femenino con 41,3% y la Agresión Física y Sexual en el sexo masculino 0,5%. En relación entre la edad de la víctima con el tipo de agresión física en primer lugar esta los de 12 años con 7,9%, en relación con la agresión sexual en primer lugar esta los de 12 años con 10,1% y en cuanto a la agresión física y sexual se encuentra la edad de 2 años con 0,5%¹⁸.

Citamos un estudio realizado por Flores¹⁹, 2016, titulado, Caracterización de casos de maltrato infantil a menores de 0 – 15 años, atendidos en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, La Paz, Bolivia, abril a junio de 2016.

En este se identificaron 73 casos por maltrato infantil en sus diferentes tipologías, en los servicios de pediatría del hospital clasificándolas en maltrato por acción 4%, maltrato por omisión 96%¹⁹.

Ingresaron 58% pacientes del sexo masculino y 42% pacientes de sexo femenino comprendidos en un rango de edad de 0 a 15 años¹⁹.

El niño comprendido con edad de 0 a 5 años representa 41.5% que sufren con mayor frecuencia de algún tipo de maltrato¹⁹.

Presentando lesiones como TEC 30% atribuido a las lesiones por caídas de altura por descuido, fracturas 7%, es decir, la cabeza es la región más afectada, estos hechos se producen dentro del hogar de manera accidental o por descuido de los padres¹⁹.

El estudio de Cordero 2018²⁰, titulado Caracterización de Maltrato Infantil, Tipo Violencia Física en Menores de 12 Años, que Acuden al Hospital General de los Yungas del Municipio de Coroico, La Paz, Bolivia, Gestión 2017¹⁹. Tuvo como resultados: El grupo más vulnerable de sufrir maltrato físico son los niños

de 3 a 4 años con un 45,5%, el agresor más frecuente son otros con un 45,5%, la región topográfica de mayor vulnerabilidad son los miembros inferiores 36,4%, el sexo más frecuente es el masculino con un 54,5% y la lesión más frecuente es la equimosis 36,4%²⁰.

En la tesis realizada por Tunqui 2018²¹, Caracterización de casos de Síndrome del Niño Maltratado, variedad negligencia, atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, La Paz – Bolivia, gestión 2018 Propuesta de protocolo específico de valoración médico legal en casos de maltrato infantil²¹.

Estudio que identificó 106 casos de maltrato infantil por negligencia, de los cuales, el 50% fue del sexo masculino y el otro 50% de sexo femenino, comprendidos en rango de edad de 0 a 15 años, en los subtipos predomina la negligencia en la supervisión con el 53%, seguidos de negligencia en los cuidados médicos 15%, estado nutricional inadecuado 13%, inmunizaciones incompletas 9%, descuido en la higiene personal 5% y el abandono físico con el 4%. Los menores con edades de 0 a 5 años constituyen el 76% de los casos, los cuales sufren frecuentemente de maltrato infantil por negligencia. El tipo de lesión que presentaron predominantemente fue el hematoma 16% y el TEC 15%, en su mayoría debidos a caídas de altura, siendo la cabeza la región más afectada, se evidenció que ocurre la mayoría de los casos en el hogar, por descuido de la madre, padre y hermanos²¹.

Concluyendo que el más común de los subtipos de maltrato por negligencia, fue el descuido en la supervisión con el 53% de los casos, mismos que requirieron de una valoración multidisciplinaria²¹.

En la investigación tipo descriptiva, retrospectiva de Trujillo 2018²², que titula, “Caracterización de la Violencia Física y Sexual Contra Niños y Niñas Menores de 12 Años, atendidos en la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia de la Ciudad de El Alto, Gestión 2018”²².

Se identificó que el tipo de violencia en niños y niñas menores de 12 años que presento más casos en la FELCV de la ciudad de El Alto en la Gestión 2018 fue la Violencia física con 942 casos, seguida por la violencia sexual que presento 120 casos. El mes en el que se produjeron más casos de violencia ENERO y SEPTIEMBRE, la edad más afectada los niños de 1 años y los de 12 años, sexo más afectado el femenino, los distritos que presentaron más denuncias 3 y 1, se produjeron con más frecuencia en el mismo DOMICILIO. En caso de violencia física la mayor agresora resulto la MADRE y en casos de violencia sexual el PADRE, la mayoría no contaban con certificados, desde la fecha del hecho hasta la denuncia pasaron 1 día en caso de violencia física y en violencia sexual 6 a 10 DIAS y se obtuvo un porcentaje de REINCIDENCIA con un 15.5 % en casos de violencia física²².

Ruelas 2020, en la investigación, Estudio del Maltrato en Niños y Adolescentes Atendidos en el Centro de Salud Viacha, La Paz, Bolivia, Primer Trimestre, 2020¹⁰. Obtuvo lo siguiente: 52,5% de los casos fueron atendidos en consulta externa que representa 42 historias clínicas, 47,5% atendidos por el servicio de emergencias que representa 38 historias clínicas. 45%, corresponde al sexo femenino y el 55% restante, corresponde al sexo masculino. Se observa que el sexo masculino sería el más vulnerable en el maltrato infantil. 32.5% corresponde al grupo etario de 2 a 5 años, el 33,8% corresponde al grupo de 6 a 9 años, 18,7% al grupo de 10 a 12 años y 15 % corresponde al grupo de 13 a 15 años. El grupo etario más vulnerable de maltrato infantil que se registró en el Centro de Salud Viacha, en el primer trimestre fue el de 6 a 9 años. Según el tipo de lesión, equimosis en 20% de los casos, 16.25% de los casos muestran hematoma, 10% fracturas, 21.25% quemaduras, 5% mordedura de can, 13.75% excoriaciones, 3.75% eritema, 3.75% TEC, 6.25%, cicatrices (hebillas, cinturón, cigarro). Se observa que la lesión por quemadura identificada en consulta externa y servicio de emergencia se presenta con mayor frecuencia. Según la ubicación de la lesión, los datos muestran que,

con relación a la ubicación de la lesión, 6.3% se ubican en cabeza, 15% cara, 17.5% en extremidad superior, 17.5% en extremidad inferior, 8.8% en tórax, 3.8% en abdomen/pelvis, 23.8% en espalda/glúteos y 7.5% área genital. Se observa que la lesión ubicada en región de espalda/glúteos es la zona anatómica de mayor porcentaje de casos. Según tipología del maltrato, el 37.5% de los casos analizados, que corresponden a 30 historias clínicas, responden a maltrato por acción. El 62.5% de los casos, que corresponden a 50 historias clínicas, responden a maltrato por omisión. Se observa que el maltrato por omisión se presenta en mayor frecuencia. Maltrato por acción de tipo físico corresponde al 58.8%, sexual 8.8% y psicológico 32.5% respectivamente. Se observa que el tipo de maltrato físico es el que se presenta con mayor frecuencia. Maltrato por omisión 36.3% corresponde a descuido/negligencia, abandono, el 15% por intoxicación, 13.6% a mordedura de animal y 35% a lesiones accidentales. Se observa con mayor representación al maltrato por descuido/negligencia o abandono, dentro de los casos encontrados en consulta externa y servicio de emergencia¹⁰.

IV. MARCO TEÓRICO

A. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

A.1. INFANCIA

Para abordar la conceptualización de la infancia, es necesario iniciar con la definición de los términos "Niño" o "Niña".

En el primer artículo de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, se define "niño" como cualquier individuo que tenga menos de dieciocho años, a menos que, según la legislación aplicable, haya alcanzado la mayoría de edad antes de dicha edad.²³.

De acuerdo con la definición proporcionada por el Diccionario de la Real Academia Española, la infancia se refiere al intervalo de la existencia humana que abarca desde el nacimiento hasta la pubertad, englobando al conjunto de niños y niñas en el rango de edades de 0 a 12 años.

Según el código niño adolescente de Bolivia, niñez comprende desde la concepción hasta los doce años cumplidos y Adolescencia, desde los doce años hasta los dieciocho años cumplidos.

Etapas del desarrollo de la infancia:

La infancia puede ser clasificada de varias maneras en el transcurso de su crecimiento y desarrollo.

Sin embargo, para fines prácticos, anotamos la siguiente tipificación:

1. Recién nacido o neonato: desde el nacimiento hasta la 4^o semana de vida.
2. Lactante: desde el mes de vida hasta los 2 años.
3. Preescolar: desde los 2 años hasta 6 años
4. Escolar: desde los 6 años hasta los 12 años

5. Adolescente: desde los 12 hasta los 18 años²⁴.

A.2. LESIONES POR CAUSA EXTERNA

En el Informe Mundial de Unicef sobre la prevención de las lesiones en los niños, se define lesión como “el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía mecánica, térmica, química o radiada”. El tiempo entre la exposición y la aparición de la lesión debe ser corto. Accidental o fortuito, o intencional. En otros informes de la OMS se define accidente como “acontecimiento, independiente de la voluntad humana, causado por una fuerza extraña, de acción rápida, que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o de trastornos mentales”²⁵.

El término "causas externas" se refiere a acontecimientos o circunstancias ambientales que causan morbilidad y mortalidad. Incluye situaciones intencionales, como violencia y autoagresión, y efectos no directamente intencionales, conocidos como accidentes²⁶.

Las lesiones por causas externas se dividen en 2 grupos de acuerdo a la intencionalidad²⁷:

a- No Intencionales:

Se refieren a aquellas que causan daño al ser humano debido a circunstancias externas, sin intención de causar perjuicio, y en las que siempre es posible intervenir para evitar, prevenir y reducir sus consecuencias²⁷.

b- Intencionales:

Son las autoagresiones, o agresiones provocadas por un tercero, se incluyen heridas de guerra, por terrorismo, las complicaciones médico quirúrgicas y secuelas²⁷.

La violencia se define como " todas las formas de maltrato físico y emocional, el abuso sexual, el abandono, la negligencia en el cuidado, la explotación comercial o de otro tipo, que resulten en daños reales o potenciales para la salud, supervivencia, desarrollo y dignidad del niño, dentro del contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder"³.

A.2.1 LESIONES NO INTENCIONALES

ACCIDENTE

Se considera accidente a cualquier evento repentino y episódico que resulta en un complejo síndrome de lesiones no intencionales (traumatismo, fractura, intoxicación, quemadura, ahogamiento), necesitando atención médica inmediata. Se acepta que los accidentes en los niños son «enfermedades infantiles de fondo psicosocial y alta prevalencia»²⁸.

La expresión "accidente", previamente utilizada para referirse a las Lesiones No Intencionales, implica un sentido de casualidad, imprevisibilidad o inevitabilidad. También se relaciona con conceptos como "cosas del destino", fatalidad o "designios". En consecuencia, si se consideran inevitables, se percibe que escapan al control e influencia humanos, sugiriendo que no se puede hacer nada para prevenirlos²⁷.

Las lesiones no intencionales se definen como²⁹:

1. Daño físico en el cuerpo.
2. El daño resulta de la aplicación excesiva energía en el cuerpo (física, radiante, etc.) o exposición a agentes externos (ej. intoxicación) o por la falta de elementos vitales como el oxígeno o el calor.
3. Incidentes donde la exposición o privación no es producida deliberadamente ni por la persona afectada ni por otra²⁹.

Las lesiones no intencionales pueden originarse a través de diversos mecanismos, como caídas, accidentes de tráfico, incidentes relacionados con el agua, el fuego, líquidos calientes y exposición a sustancias tóxicas²⁹.

La energía que causa la lesión puede ser:

- Mecánica (un impacto con un objeto fijo o en movimiento como una superficie, cuchillo o vehículo).
- Radiante (una luz enceguecedora o una onda explosiva).
- Térmica (aire o agua demasiado caliente o frío).
- Eléctrica (rayo, choque eléctrico).
- Producto químico (un veneno o sustancia que altera la mente como medicamentos o alcohol)²⁹.

A.2.2 LESIONES INTENCIONALES

VIOLENCIA

La violencia es un fenómeno altamente complejo y difuso, cuya definición carece de exactitud científica debido a ser una cuestión subjetiva. La percepción de comportamientos aceptables e inaceptables, así como lo que constituye daño, está influida por la cultura y está en constante revisión conforme evolucionan los valores y normas sociales. Por ejemplo, en generaciones anteriores, la palmeta era común en los castigos escolares británicos, utilizada para golpear a los alumnos en nalgas, piernas o manos. En la actualidad, un profesor británico podría enfrentar acciones legales por recurrir a cualquier forma de coerción física con un niño.³⁰

A.2.2.1. LESIONES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA

La definición de la violencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el empleo intencional de la fuerza física o el poder, de hecho, o como amenaza, dirigido hacia uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad²⁹.

Este acto puede resultar en lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones, o tener una alta probabilidad de ocasionar estos efectos.²⁹.

Esta definición distingue entre la violencia que una persona ejecuta contra ella misma (auto infringida); la violencia interpersonal, que es perpetrada por otra persona o grupo de personas y la violencia cometida por grupos organizados, grupos de milicianos y organizaciones terroristas²⁹.

Cada una de estas categorías generales se subdivide en tipos más específicos de violencia.

La violencia auto infringida incluye:

- 1) Comportamiento suicida
- 2) Autolesiones²⁹.

La violencia interpersonal incluye dos subcategorías:

- 1) La ocurrida entre miembros de la familia y entre compañeros íntimos,
- 2) La violencia en la comunidad, que puede ser:

Entre grupos sin ninguna relación y que por lo general ocurre en espacios diferentes al hogar

La violencia colectiva se subdivide en:

- 1) social,
- 2) política y
- 3) económica²⁹.

Las subcategorías de violencia social incluyen, por ejemplo:

- crímenes por odio,
- cometidos por grupos organizados,
- actos terroristas
- violencia de pandillas²⁹.

La violencia política incluye:

- conflictos relacionados con la guerra,
- violencia del Estado
- la ocasionada por grupos organizados²⁹.

La violencia económica incluye:

- Ataque de grupos motivados por un lucro o beneficio propio²⁹.

Los actos perpetrados por grandes segmentos de la población pueden tener diversas razones.

Por su naturaleza, el acto violento se clasifica en cuatro categorías:

- 1) violencia física,
- 2) sexual,
- 3) psicológica
- 4) la privación o abandono²⁹.

Estos cuatro tipos, debido a su naturaleza, pueden manifestarse en cada una de las categorías mencionadas anteriormente, excepto en la violencia autoinfligida.

Por ejemplo, la violencia contra los niños puede abarcar el abuso físico, sexual y psicológico, así como el abandono o la privación.

La clasificación empleada en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (FIG.Nº1) divide la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento³⁰:

- Violencia dirigida contra uno mismo,
- Violencia interpersonal
- Violencia colectiva³⁰.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas³⁰.

FIGURA N°1. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA³⁰

VIOLENCIA						
AUTOINFLINGIDA		NATURALEZA DE LA VIOLENCIA				
		FÍSICA	SEXUAL	PSICOLÓGICA	PRIVACIONES DESATENCIÓN	
1. COMPORTAMIENTO SUICIDA		X		X	X	
2. AUTOLESIONES		X		X	X	
INTERPERSONAL						
		MENORES	X	X	X	X
1. FAMILIA/ PAREJA		PAREJA	X	X	X	X
		ANCIANOS	X	X	X	X
2. COMUNIDAD		AMISTADES	X	X	X	X
		EXTRAÑOS	X	X	X	X
COLECTIVA			X	X	X	X
1. SOCIAL			X	X	X	X
2. POLÍTICA			X	X	X	X
3. ECONÓMICA			X	X	X	X

Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Esta clasificación, a su vez, se desglosa en subcategorías con el fin de describir tipos más específicos de violencia.

La violencia dirigida contra uno mismo abarca comportamientos suicidas y autolesiones, como la automutilación.

En cuanto al comportamiento suicida, este varía desde el simple pensamiento de quitarse la vida hasta la planificación, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de suicidio y la consumación del acto.

Es importante señalar que muchas personas que tienen pensamientos suicidas nunca llegan a atentar contra sí mismas, e incluso aquellos que intentan suicidarse pueden no tener la intención real de morir³⁰.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías³⁰:

- Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

El primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos³⁰.

La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado³⁰.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos³⁰.

A.3. MALTRATO INFANTIL

A.3.1. DEFINICIÓN

El maltrato infantil, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014, se refiere a cualquier acción, omisión o tratamiento negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere con su desarrollo físico, psicológico o social ordenado, y cuyos perpetradores pueden ser personas, instituciones o la sociedad misma.

Se denomina maltrato infantil a cualquier forma de agresión física y emocional, abuso sexual, descuido, negligencia u omisión, así como explotación comercial u otras formas de maltrato, siempre de manera intencional y no accidental. Estas acciones pueden ocurrir de manera habitual u ocasional, sin importar el lugar físico, y van dirigidas a niños, niñas y jóvenes desde la etapa prenatal, afectando su integridad biopsicosocial. Estas conductas son llevadas a cabo por una persona, institución o sociedad, en el marco de una relación caracterizada por la confianza, la superioridad física y/o intelectual y/o poder³¹.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera el maltrato infantil y sus diferentes formas con sus respectivos códigos en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10:

T 74. Síndromes del maltrato y sus diferentes formas de presentación:

T 74.0 Negligencia o abandono.

T 74.1 Abuso físico.

T 74.2 Abuso sexual.

T 74.3 Abuso psicológico.

T 74.8 Otros síndromes de maltrato. Formas mixtas.

T 74.9 Síndrome de maltrato no especificado³².

Definiendo así, el maltrato infantil como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil³³.

A.3.2. TIPOS DE MALTRATO

- Maltrato físico (daño físico o enfermedad);
- Negligencia o abandono (omisión de las acciones necesarias en alimentación, vestimenta, higiene, educación, atención sanitaria, supervisión, vigilancia y seguridad en el hogar, etc.);
- Abuso sexual (voyeurismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración, incesto, así como la inducción a la prostitución o la producción de materiales pornográficos por parte de un familiar);
- Maltrato emocional (activo, pasivo o inducción en los menores de comportamientos antisociales³⁴).

a. Maltrato Físico

Para introducirnos al estudio de las lesiones, comenzaremos por describir el maltrato físico o violencia física.

La violencia física está relacionada con el uso de la fuerza humana para deteriorar las condiciones de otro ser, objeto o sí mismo. Abarca golpes, bofetadas, empujones, patadas, heridas por armas de fuego o blancas, y todas aquellas acciones que van en detrimento de la vida³⁵.

A.4. TIPOS DE LESIONES. -

A.4.1. DEFINICIÓN DE LESIÓN

Una lesión es el daño de la integridad corporal, ya sea en forma inmediata o mediata.

Según la definición clínica, lesión es: “La alteración funcional orgánica y psíquica consecutiva a factores internos y externos”³⁶.

A.4.2. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES

En la revisión de la bibliografía se encontró un cumulo de clasificaciones de las lesiones³⁷:

Según la Cualidad del Agente Vulnerante:

- Lesiones por instrumentos punzantes
- Lesiones por instrumentos cortantes
- Lesiones punzo-cortantes
- Lesiones contuso-cortantes
- Lesiones contusas
- Lesiones por proyectiles de arma de fuego
- Lesiones por explosión³⁷

Según su Etiología:

- Lesiones por agentes físicos
- Lesiones por agentes mecánicos
- Lesiones por agentes químicos
- Lesiones por agentes biológicos

Pero para conceptualizaciones se clasifica en:

- Contusiones
- Heridas por arma blanca

- Heridas por arma de fuego
- Quemaduras
- Electrocución³⁷

a. CONTUSIONES

Se denomina contusión, a las lesiones producidas por energías mecánicas, en las cuales, el cuerpo vulnerante es de superficie roma u obtusa, desprovisto de puntas y de superficies cortantes, (cuerpo contundente), dotado de fuerza viva que actúa sobre el cuerpo, o en estado estático, opone violenta resistencia al organismo animado de movimientos activos o pasivos (choque o caída)³⁷.

Clasificación de las Contusiones

SEGÚN NERIO ROJAS:

- Excoriación
- Excoriación con derrame
- Contusión profunda sin herida cutánea
- Herida contusa³⁶

SEGÚN ALDO FRANCHINI

- Contusiones propiamente dichas
- Contusiones equimóticas
- Excoriaciones
- Heridas contusas
- 3. Contusiones con lesiones osteo-viscerales
- Contusiones con lesiones meningo-encefálicas
- Traumatismos contusivos especiales (arañazos, mordeduras, desgarramientos, aplastamientos, etc³⁷.)

b. EXCORIACIONES

La excoriación es la lesión producida en la piel, que se caracteriza por la pérdida traumática de las capas superficiales de la misma, especialmente la capa córnea y la epidermis, dejando al descubierto la dermis. Sobre la lesión aparece enseguida, según su profundidad, un pequeño derrame seroso, serosanguinolento o sanguinolento³⁷.

c. CONTUSIÓN CON DERRAME

1) CON DERRAME SANGUÍNEO:

- equimosis.
- bolsa sanguínea
- hematoma³⁷.

2) CON DERRAME SEROSO.

d. EQUIMOSIS

Las Equimosis, son extravasaciones hemáticas debidas a rupturas de pequeños vasos sanguíneos subcutáneos o submucosos, con infiltración de los tejidos vecinos, que se producen con motivo de la contusión³⁷.

Data de las equimosis:

Color rojo: primer y segundo día.

Color negro: hasta el tercer día.

Color azul: de cuatro a seis días.

Color amarillo: de trece a veinticinco días³⁷.

e. HEMATOMA:

Es la colección de sangre extravasada en una cavidad por el desprendimiento o separación de los tejidos debido a trauma extenso de los mismos. Otras veces la sangre infiltra una cavidad pre-existente³⁷.

f. BOLSA SANGUÍNEA:

Es un hematoma de grandes dimensiones, que se evidencia por hacer protrusión en la superficie de la piel. Los bordes son duros y el centro blando. Suelen producir en la región craneal el aspecto engañoso de fractura con hundimiento¹⁸.

A manera de resumen, en el siguiente cuadro se muestra la clasificación de las lesiones según el agente causal³⁸:

CUADRO Nº 3
CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSAL

LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSAL				
LESIONES POR AGENTE CONTUSO	OCASIONADAS POR UN MECANISMO DE CONTUSIÓN	Contusiones sin solución de continuidad en piel	Eritema.	
			Tumefacción	
			Equimosis	Petequia
				Sugilación
				Equimoma
			Hematoma	
			Derrames de serosidad	
	Derrames cavitarios			
	Contusiones con solución de continuidad en piel.	Erosión		
		Excoriación.		
		Herida Contusa		
	LESIONES OCASIONADAS POR DOS O MÁS MECANISMOS DE CONTUSIÓN	Mordeduras.	Humana.	
			Animal.	
		Aplastamiento		
Atricción				
Arrancamiento				
Amputación				
Caída				
Precipitación				
Suceso de transito				

LESIONES POR AGENTE CON PUNTA Y/O FILO	Excoriación	
	Herida Cortante	
	Herida Punzante	Penetrante y/o Perforante
	Punzo cortante	
	Contuso cortante	
LESIONES POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO Y EXPLOSIVOS	Por proyectil único.	Penetrante y/o perforante
	Por proyectiles múltiples	
	Por explosivos	
LESIONES POR AGENTE FÍSICO	Quemaduras por agentes térmicos.	Frío
		Calor
	Quemaduras por electricidad	Electrocución
		Fulguración
Quemaduras por radiación		
LESIONES POR AGENTES QUIMICOS	Quemaduras por agentes químicos.	Acidas
		Alcalis
		Sales
LESIONES POR AGENTES BIOLOGICOS	Quemaduras por agentes biológicos	Animales
		Vegetales

Fuente: Guía Médico Legal de Valoración Integral de lesiones Corporales
Ministerio Público Fiscalía de la Nación Perú³⁸

CUADRO N°4: CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS ÓSEAS

FRACTURAS ÓSEAS	Cerradas y/o Abiertas	Según su localización (para huesos largos)	Epifisiaria	
			Diafisiaria	
			Metafisiaria	
		Según el trazo de fractura		Tallo verde (niños)
				Transversa
				Oblicua
				Longitudinal
				Espiroidea
				Conminuta
	Según desviación de sus fragmentos		Angulada	
			Desplazamiento Lateral	
			Cabalgada	
			Engranada	

Fuente: Guía Médico Legal de Valoración Integral de lesiones Corporales Ministerio Público Fiscalía de la Nación Perú³⁸

B. MARCO JURÍDICO O LEGAL

1. BOLIVIA ANTE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN) es el acuerdo global con mayor adhesión, ratificado por 196 naciones, incluyendo los 19 países latinoamericanos. Este tratado histórico representa el primer documento de derechos humanos que reconoce a los niños y niñas como titulares directos de derechos. Al ratificarla, los Estados se comprometen a asegurar la protección y aplicación de los principios y derechos establecidos en esta importante normativa internacional³⁹.

Bolivia firmó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) el 8 de marzo de 1990 y la ratificó el 26 de junio del mismo año ante la Secretaría de la ONU, haciéndose efectiva el 2 de septiembre de 1990. A nivel nacional, se la aprobó y se le concedió validez legal dentro de su marco jurídico³⁹.

2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO:

Art 15: I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte. II. Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad. III. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado⁴⁰.

Art. 58. Se considera niña, niño o adolescente a toda persona menor de edad. Las niñas, niños y adolescentes son titulares de los derechos reconocidos en la Constitución, con los límites establecidos en ésta, y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo; a su identidad étnica, sociocultural, de género y generacional; y a la satisfacción de sus necesidades, intereses y aspiraciones⁴⁰.

Art. 60. Es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado⁴⁰.

Artículo 61. I. Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad⁴⁰.

3. CÓDIGO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

Bolivia reemplazó la Ley N° 2026 de 1999 con la promulgación del Código de la Niña, Niño y Adolescente, mediante la Ley N° 548 de 2014, que fue reglamentada por el Decreto Supremo N° 2377 de 2015. Este Código tiene como objetivo reconocer, desarrollar y regular los derechos de la niñez, promoviendo la corresponsabilidad del Estado, la familia y la sociedad en su ejercicio. Además, establece el Sistema Plurinacional de Protección Integral de la Niña, Niño y Adolescente (SIPPROINA), definido como un conjunto de órganos, instancias, instituciones, organizaciones, entidades y servicios que operan en todos los niveles del Estado para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes a través de acciones intersectoriales de interés público³⁹.

Art. 5. (SUJETOS DE DERECHOS). Son sujetos de derechos del presente Código, los seres humanos hasta los dieciocho (18) años cumplidos, de acuerdo a las siguientes etapas de desarrollo: a) Niñez, desde la concepción hasta los doce (12) años cumplidos; y b) Adolescencia, desde los doce (12) años hasta los dieciocho (18) años cumplidos⁴¹.

Art. 6. (PRIMERA INFANCIA E INFANCIA ESCOLAR). Se considera primera infancia a las niñas y niños comprendidos desde su nacimiento hasta los cinco (5) años, e infancia escolar a las niñas y niños comprendidos entre las edades de seis (6) a doce (12) años⁴¹.

Art. 145. (DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL).

I. La niña, niño y adolescente, tiene derecho a la integridad personal, que comprende su integridad física, psicológica y sexual. II. Las niñas, niños y adolescentes, no pueden ser sometidos a torturas, ni otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. III. El Estado en todos sus niveles, las familias y la sociedad, deben proteger a todas las niñas, niños y

adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltrato, abuso o negligencia que afecten su integridad personal⁴¹.

Art. 147. (VIOLENCIA).

I. Constituye violencia, la acción u omisión, por cualquier medio, que ocasione privaciones, lesiones, daños, sufrimientos, perjuicios en la salud física, mental, afectiva, sexual, desarrollo deficiente e incluso la muerte de la niña, niño o adolescente. II. La violencia será sancionada por la Jueza o el Juez Penal cuando esté tipificada como delito por la Ley Penal. III. Las formas de violencia que no estén tipificadas como delito en la Ley Penal, constituyen infracciones y serán sancionadas por la Jueza o Juez Público de la Niñez y Adolescencia, conforme lo establecido en el presente Código, tomando en cuenta la gravedad del hecho y la sana crítica del juzgador⁴¹.

Art. 150. (PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO).

La protección a la vida y a la integridad física y psicológica de los miembros de la comunidad educativa, implica la prevención, atención y sanción de la violencia ejercida en el Sistema Educativo del Estado Plurinacional de Bolivia, con la finalidad de consolidar la convivencia pacífica y armónica, la cultura de paz, tolerancia y justicia, en el marco del Vivir Bien, el buen trato, la solidaridad, el respeto, la intraculturalidad, la interculturalidad y la no discriminación entre sus miembros⁴¹.

Art. 153. (INFRACCIONES POR VIOLENCIA CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES).

I. La Jueza o el Juez Público en materia de Niñez y Adolescencia, a denuncia de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, conocerá y sancionará las siguientes infracciones por violencia: a. Sometimiento a castigos físicos u otras formas que degraden o afecten la dignidad de la niña, niño o adolescente, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas, excepto

las lesiones tipificadas en la normativa penal; b. Abandono emocional o psico-afectivo en el relacionamiento cotidiano con su madre, padre, guardadora o guardador, tutora o tutor; c. Falta de provisión adecuada y oportuna de alimentos, vestido, vivienda, educación o cuidado de su salud, teniendo las posibilidades para hacerlo; d. Utilización de la niña, niño o adolescente, como objeto de presión, chantaje, hostigamiento en conflictos familiares; e. Utilización de la niña, niño o adolescente, como objeto de presión o chantaje en conflictos sociales, así como la instigación a participar en cualquier tipo de medidas de hecho; f. Traslado y retención arbitraria de la niña, niño o adolescente, por cualquier integrante de la familia de origen que le aleje de la autoridad que ejercía su madre, padre, guardadora o guardador, tutora o tutor, o tutor extraordinario; g. Inducción a la niña, niño o adolescente al consumo de sustancias dañinas a su salud; h. Exigencia de actividades en la familia que pongan en riesgo la educación, vida, salud, integridad o imagen de la niña, niño o adolescente; y i. Violencia en el ámbito escolar, tanto de pares como no pares, sin perjuicio de que se siga la acción penal, y siempre que se encuentre tipificada en la normativa penal. II. Estas acciones no necesitan ser permanentes para ser consideradas infracciones⁴¹.

4. CÓDIGO PENAL Y CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

Art. 274°. (LESIONES CULPOSAS).

El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta días o prestación de trabajo hasta un año. Sí la víctima del delito resultare ser niña, niño, adolescente o persona adulta mayor, se aplicará una pena privativa de libertad de dos a cuatro años⁴².

Art. 278° (ABANDONO DE NIÑAS O NIÑOS).

Quien abandonare a una niña o niño, será sancionado con reclusión de tres a seis años. Si el abandono resultare lesión corporal grave o muerte, la pena privativa será agravada en una mitad, o la aplicación de pena de presidio de quince a veinte años⁴².

Art. 308° Bis (VIOLACIÓN DE INFANTE, NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE).

Si el delito de violación fuere cometido contra persona de uno u otro sexo menor de catorce años, será sancionado con privación de libertad de veinte a veinticinco años, así no haya uso de la fuerza o intimidación y se alegue consentimiento⁴².

Art. 312° (ABUSO SEXUAL).

Cuando en las mismas circunstancias y por los medios señalados en los arts. 308 y 308bis, se realizarán actos sexuales no constitutivos de penetración o acceso carnal será de seis a diez años de privación de libertad. Se aplicarán las agravantes previstas en el art. 310, y si la víctima es niña, niño o adolescente la pena privativa de libertad será de diez a quince años⁴².

Art. 322° (VIOLENCIA SEXUAL COMERCIAL).

Quien pagaré, en dinero o especie, directamente a un niño. Niña o adolescente o a tercera persona para mantener cualquier tipo de actividad sexual, erótica o pornográfica con un niño. Nina o adolescente, para la satisfacción de sus intereses o deseos sexuales, será sancionado con privación de libertad de ocho a doce años. La pena privativa de libertad se agravará en dos tercios cuando: 1. Cuando la víctima sea un niño o niña menor de catorce años⁴².

Art. 389º (APLICACIÓN).

- I. Cuando se trate de delitos vinculados a las distintas formas de violencia contra niñas, niños, adolescentes o mujeres, se aplicarán las medidas de protección especial establecidas en los siguientes Artículos, a fin de evitar que el hecho produzca mayores consecuencias, que se cometan nuevos hechos de violencia, reducir la situación de vulnerabilidad de la víctima y otorgarle el auxilio y protección indispensable en resguardo de su integridad⁴².

Art. 393 septier. (PROCEDENCIA).

Cuando se trate de delitos vinculados a las distintas formas de violencia contra niñas, niños, adolescentes o mujeres, se aplicará el procedimiento previsto en este Título⁴².

Art 393 octer. (PROHIBICIÓN DE REVICTIMIZACIÓN).

- I. La jueza, el juez o fiscal dispondrá que los testimonios o declaraciones que deba prestar la víctima, sean realizados por una sola vez y con carácter privado, con el auxilio de familiares o peritos especializados, utilizando medios especiales y tecnológicos apropiados para garantizar que la declaración sea válida en todas las etapas del proceso, en el marco del respeto a las condiciones inherentes al declarante o evitar su revictimización.
- II. Cuando deba realizarse diferentes pruebas periciales a la víctima, se concentrará la actividad de los peritos ordenando que actúen conjunta e interdisciplinariamente observando con rigor las reglas especiales de protección, preservando la salud y la intimidad de la víctima y evitar su revictimización. Al acto podrá asistir una persona de confianza de la persona examinada ⁴².”

Art. 393 noveter. (CERTIFICADOS MÉDICOS Y RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA).

I. Los certificados médicos que acrediten el estado físico de la víctima niña, niño, adolescente o mujer, que hubiere sufrido una agresión física o sexual, deberán extenderse de forma inmediata y obligatoria por cualquier profesional del sistema de salud público y seguro social a corto plazo que hubiera efectuado el primer reconocimiento de la víctima, de acuerdo al protocolo único de salud integrado al formulario único y sin mayor formalidad se constituirán en indicio⁴².

Art. 393 onceter. (OTROS PROCESOS).

Cuando en otros procesos sustanciados en sede distinta a la penal, la o el juez constate la existencia de un hecho de violencia contra niñas, niños, adolescentes o mujeres, impondrá las medidas de protección que correspondan y de inmediato formulará la correspondiente denuncia al Ministerio Público⁴².”

ARTÍCULO 393 duoter. (PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL).

A solicitud expresa de la víctima, las organizaciones de la sociedad civil especializadas en atención y asesoramiento a casos de violencia a niñas, niños, adolescentes o mujeres, podrán apersonarse ante la Policía Boliviana, Ministerio Público o la autoridad judicial competente, participando e interviniendo en condición de coadyuvante en los actos procesales, en resguardo de los derechos de la víctima y del cumplimiento de la debida diligencia en los procesos penales por delitos de violencia, pudiendo participar en audiencias, incluso si éstas fueran declaradas en reserva y brindar cualquier tipo de apoyo a las víctimas⁴².

C. MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL

El presente estudio se enmarca en el contexto del "Hospital del Sud" en Cochabamba, Bolivia, desde agosto del 2018 a agosto del 2019, centrándose en el servicio de emergencias de esta institución, que comenzó con el registro de las atenciones en agosto del 2018.

El departamento de Cochabamba se encuentra en la parte central de Bolivia, siendo el único departamento que no tiene límites internacionales, presenta una superficie aproximada de 55,631 kilómetros cuadrados⁴³.

Según la Actualización Cartográfica Estadística (ACE) completada en su totalidad, Cochabamba cuenta con alrededor de 3.4 millones de habitantes y más de un millón de hogares, 33,5 por ciento de estas viviendas se encuentran en la provincia Cercado⁴⁴.

Cochabamba, cuenta con una población diversa y una variedad de factores sociales, económicos, culturales y de salud que pueden influir en la naturaleza y la incidencia de las lesiones por causa externa en la población infantil.

Como se ha evidenciado a lo largo de este estudio y a través del estado del arte, en Bolivia, ni en Cochabamba existen estudios actualizados sobre el comportamiento de las lesiones por causa externa en menores, tampoco de la caracterización de estas. Se encontraron algunos estudios sobre Maltrato Infantil y violencia física. Sugiriendo la necesidad de explorar más a fondo las características de estas lesiones, sobre todo en el servicio de emergencias, que es donde se tiene el primer contacto y en el cual se deben desarrollar estrategias para diferenciar la intencionalidad de los hechos e identificar los casos de violencia y maltrato.

Los casos de violencia infantil según el monitoreo realizado en los medios de prensa escrita a nivel nacional correspondiente a la gestión 2021, se han llegado a identificar 318 noticias con 399 víctimas que sufrieron diferentes

situaciones de violencia, de las cuales, 136 fueron niñas (34,1%), 118 niños (29,6%), de estas Cochabamba presentó 61 víctimas (15,3%), 5 de ellas (16,1%) correspondientes a Violencia Física⁴⁵.

La Violencia de Género y el Maltrato Infantil son problemáticas de salud pública estrechamente relacionados que necesitan ser abordados de manera integral, involucrando a múltiples instituciones y sectores. En el ámbito hospitalario, la necesidad de intervenir en diversas formas de violencia en el seno familiar nos lleva a examinar cómo funcionan estas dinámicas, centrándonos en la capacidad de las personas para actuar en situaciones de violencia, lo que complica aún más su análisis⁴⁶.

El "Hospital del Sud" es una institución de salud de referencia en Cochabamba, cobró gran importancia como bastión de lucha contra el COVID-19 durante la pandemia en 2020, atiende una amplia gama de casos médicos y de emergencias, incluidas las emergencias pediátricas. Su ubicación y su papel como centro de atención de emergencias lo convierten en un lugar crucial para comprender la naturaleza y el alcance de las lesiones sufridas por menores de 15 años.

D. MARCO TEÓRICO INSTITUCIONAL

El Hospital del Sud, está ubicado en la zona sur de la ciudad de Cochabamba, forma parte del distrito 9, La Tamborada de la comuna Itocta, provincia Cercado de la ciudad de Cochabamba.

Inauguró oficialmente sus servicios el 2 de julio del año 2018, como Hospital de segundo nivel.

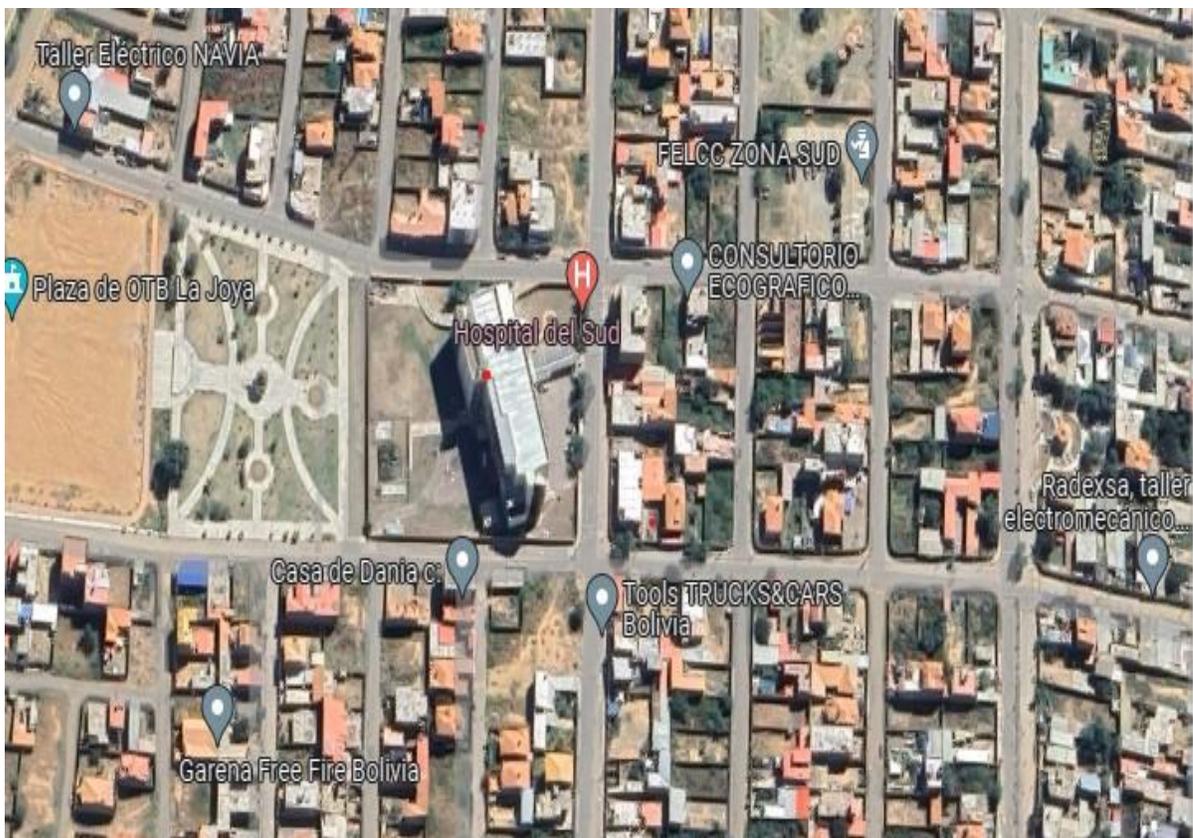
Cuenta con los servicios de: Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía, Traumatología, Cardiología, Odontología, Fisioterapia, Nutrición, Psicología, Maternidad, Neonatología, Laboratorio, Imagenología

(Rayos X, Ecografía, Tomografía), Enfermería, vacunación permanente, central de esterilización. Unidad de cuidados intermedios e intensivos, Emergencias las 24 horas e Internación.

Dos ambulancias, una de terapia intensiva y otra de neonatología. Dos generadores de Oxígeno.

Su ubicación, le permite beneficiar principalmente a los distritos 5,6,7,8,9, 14 y 15, que componen la zona sur de Cochabamba, caracterizada por tener numerosa población migrante.

FIGURA N° 2 MAPA DE UBICACIÓN DEL HOSPITAL DEL “SUD”



Fuente secundaria: Google Maps 2024

**CUADRO N°5: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL DEL
SUD**

N°	Estructura organizacional	Cantidad
1	Director del Hospital del Sud	1
2	Médicos generales	9
3	Ginecólogos	5
4	Pediatras	5
5	Ecografistas	3
6	Medicina interna	1
7	Cirugía	1
8	Farmacia	2
9	Rayos x	4
10	Jefa de enfermería	1
11	Licenciadas en enfermería	13
12	Auxiliares en enfermería	13
13	Admisión	2
14	Personal de limpieza	3
15	Personal de seguridad	2

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, cada año, en todo el mundo, mueren 950,000 niños por lesiones, y, en aproximadamente el 90% de los casos, por accidentes⁴⁷.

Durante muchos años, se ha descuidado la cuestión de las lesiones en los niños, que están, en gran medida, ausentes de las iniciativas en pro de la supervivencia infantil, actualmente incluidas en los planes de acción mundiales⁴⁸.

Sin embargo, sorprende la escasez de estudios que caractericen las lesiones, en general, y las lesiones por causa externa.

Las lesiones por causa externa, engloban las lesiones no intencionales y las intencionales, se considera que el diagnóstico, identificación y diferenciación, queda a cargo del personal de emergencias, en especial, los médicos de guardia, que deben poseer conocimientos sobre estas lesiones, para poder denunciar casos sugestivos de accidentes por negligencia y maltrato infantil.

Se considera que, los casos denunciados de malos tratos, son sólo el 10% de los reales⁴⁹. El resto queda en la clandestinidad.

Por el ello, surge el interés dentro del presente estudio, para caracterizar las lesiones por causa externa, diferenciando la intencionalidad y así poder hacer denuncias oportunas.

Continuamente, las lesiones intencionales en niños, en especial el maltrato infantil, son pasadas por alto, ya sea por tiempo, poca experticia, evitar conflictos burocráticos, así, el presente estudio, pretende aportar datos, para poder contribuir en el conocimiento, diferenciación y diagnóstico oportuno.

El acceso a la información sobre lesiones, es preponderantemente a través de los medios de comunicación, quienes presentan en sus páginas, contenidos o reportes, casos aislados de accidentes, violencia y maltrato a menores.

En los servicios de emergencias, se realiza su registro, valoración y tratamiento, sin embargo, el procesamiento posterior de estos datos, generalmente se queda en cuadernos o planes. El Hospital del Sud, no se excluye de esta realidad.

Principalmente, la situación que alienta a la realización del presente trabajo, es que, a pesar de que las lesiones (cutáneo-mucosas, hematomas, contusiones, equimosis, heridas, laceraciones, erosiones, pinchazos, quemaduras, mordeduras, etc.), son un indicador importante, que proporciona gran información para diferenciar las lesiones no intencionales, de las intencionales, y determinar el maltrato físico infantil, en Bolivia y particularmente, en Cochabamba, donde no se encontraron estudios en hospitales que caractericen estas lesiones por causa externa, ni tampoco las tipifican.

El médico forense y los médicos que tienen el primer contacto con las víctimas, conocen poco, de las estadísticas respecto a lesiones, y sus características en las agresiones físicas a los infantes. Sin embargo, el conocimiento de estos datos, serían de gran utilidad para la identificación oportuna de los casos de maltrato.

La motivación decisiva para iniciar esta investigación en el Hospital del Sud, surge a momento de entablar comunicación con médicos del mismo nosocomio, acerca de las atenciones en el Servicio de Emergencias, de lesiones por causa externa, quienes refieren problemas, principalmente a momento de la recolección de datos. Uno de los galenos entrevistados, indica que, este problema se extiende cuando se deben evaluar lesiones por

violencia o maltrato infantil, por su lado, el Servicio de Emergencias del Hospital, no cuenta con ambientes para la atención exclusiva de estos casos, además, por la alta demanda de pacientes, no se realiza el registro detallado y completo, de lesiones por causa externa, dificultando la identificación de casos intencionales, y si se identifican, cuando se intenta denunciar a las autoridades o instituciones pertinentes, como la defensoría o la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV), no se recibe respuesta oportuna.

Por todo ello el presente trabajo, estudió una población vulnerable de la ciudad de Cochabamba, como son los menores de 0 a 15 años atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital del Sud, de la ciudad de Cochabamba, con fines de accesibilidad de los datos, específicamente, se hizo una identificación de las lesiones, que fueron registradas, seguidamente clasificándolas en lesiones por causa externa, no intencionales e intencionales, en este sentido, se las cuantificó, tipificó, para finalizar con la descripción de la ubicación anatómica.

Tomando en cuenta todo lo mencionado, se presenta la siguiente pregunta de investigación:

A. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles serán las características asociadas a lesiones por causa externa en menores de 15 años, en el Servicio de Emergencias del Hospital del “Sud”, Cochabamba, Bolivia, en las gestiones 2018 y 2019?

VI. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

1. Caracterizar las lesiones por causa externa en menores de 15 años, en el Servicio de Emergencias del Hospital del "Sud", Cochabamba, Bolivia, durante las gestiones 2018 y 2019.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características socio demográficas en menores de 15 años con lesiones.
2. Determinar la frecuencia de lesiones por causa externa intencionales y no intencionales.
3. Describir las lesiones no intencionales e intencionales, según el agente causante.
4. Establecer la ubicación anatómica de las lesiones intencionales y no intencionales.

VII. HIPÓTESIS

Las características asociadas con las lesiones por causa externa en menores de 15 años atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital del "Sud", Cochabamba, Bolivia, durante las gestiones 2018 y 2019 se distribuyen de la siguiente manera: en su mayoría son no intencionales, varones, escolares, predominio de caídas, por agente contuso, ubicadas en cráneo.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología cuantitativa, también conocida como distributiva, se enfoca en contar unidades y medir la realidad social utilizando escalas. Este enfoque considera que la realidad es estática o compuesta por momentos distintos, buscando objetividad y distanciamiento de los investigadores respecto a los fenómenos estudiados. Se trata la realidad como única y universal, independientemente de las interpretaciones subjetivas. Se fragmenta la realidad para controlar y aislar hechos, estableciendo relaciones causales entre los fenómenos investigados. Se busca verificar hipótesis previas mediante el análisis estadístico de datos y la inferencia. Se crea un perfil del sujeto promedio basado en los aspectos más comunes de la muestra. Se prioriza la credibilidad de los diseños predefinidos, que incluyen hipótesis, métodos de recolección y análisis de datos, con el objetivo de lograr generalización de resultados⁵⁰.

La presente investigación sigue un enfoque cuantitativo, procediéndose de la siguiente manera:

Se comenzó con la revisión de las historias clínicas, en búsqueda de las hojas de emergencia, de menores de 15 años, en los que se describan lesiones externas, se revisaron inicialmente los libros SNIS y cuadernos de registro del Servicio de Emergencias, en búsqueda de diagnósticos compatibles con lesiones, accidentes y maltrato infantil, finalmente, ya con el número de historia y diagnóstico, se inició en la ficha de registro (ANEXO Nº 1), validada con la colaboración de cuatro profesionales: dos médicas Pediatras una del Hospital del Sud y otra del Hospital del Norte, una médica Forense y un médico de emergencias del Hospital del Sud, (ANEXO Nº 1) el marcado de los hallazgos en los expedientes clínicos de niños, entre 0 a 15 años, considerados como infantes en la institución, atendidos en el Servicio de Emergencias, en busca de las características de las lesiones, ubicación, tipos de lesiones, para

clasificarlas según el agente causante, posteriormente, se procesaron los datos para la elaboración de tablas de frecuencia, finalizando con una propuesta de ficha de registro de lesiones por causa externa, no intencionales e intencionales para la identificación de víctimas de maltrato infantil.

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, de corte trasversal y retrospectivo.

Un estudio descriptivo, no busca explícitamente establecer relaciones causa y efecto, los datos obtenidos son puramente descriptivos⁵⁰.

Los estudios transversales investigan la relación entre una enfermedad y diversas variables en una población y momento específicos.⁵⁰.

Se denominan retrospectivos, aquellos estudios cuyo diseño es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtiene de archivos o de lo que los sujetos o los profesionales refieren⁵⁰.

Por tanto, el presente estudio es de tipo descriptivo, ya que puntualiza, la caracterización de las lesiones, estas por causa externa, en menores de 15 años, que fueron atendidos en el servicio de emergencias del Hospital del Sud además de brindar una base cognoscitiva para futuros estudios.

Transversal, porque se realizó un corte en el tiempo, es decir se estudió la temática propuesta durante agosto de 2018 a agosto de 2019.

Es retrospectivo, pues se revisó información ya registrada en, historias clínicas, expedientes clínicos, hojas de emergencia, de niños y niñas que presentaron lesiones por causa externa, ya sean no intencionales o intencionales.

B. POBLACIÓN Y AREA DE ESTUDIO

La población de estudio la conformaron las historias clínicas de menores de 15 años que registraron lesiones, en el Servicio de Emergencias del Hospital del "Sud".

La investigación se realizó en el Hospital del "Sud", ubicado en el distrito 9, La Tamborada zona Sud, Cochabamba, Bolivia.

Se revisaron 388, historias clínicas de menores de 15 años, las cuales tuvieron registro de lesiones, en emergencias del hospital.

En el periodo de tiempo comprendido entre agosto del año 2018, hasta agosto del año 2019. Se tomó en cuenta este periodo de tiempo, puesto que, el servicio de emergencias del hospital comenzó su registro, recién en agosto del año 2018.

C. MUESTRA

La muestra, se refiere al subconjunto de la población compuesto por las unidades muestrales seleccionadas⁵¹.

Existen dos categorías principales de muestreo:

No Probabilístico: muestra elegida frecuentemente cuando no se dispone de un marco muestral establecido. A través de un proceso subjetivo o arbitrario, si la probabilidad de selección en la población no es conocida⁵¹.

Probabilístico: la muestra se elige de manera que todos los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser incluidos en ella, de manera aleatoria⁵¹.

En el presente estudio se trabajó con el total de la población, aplicando Muestreo no Probabilístico por conveniencia, por consiguiente, la muestra fue igual a la población, en total 388 historias clínicas de menores de 15 años que presentaron lesiones en el servicio de emergencias del Hospital de SUD de la ciudad de Cochabamba.

D. CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas con atenciones en el Servicio de Emergencia del Hospital de SUD.
- Pacientes atendidos menores de 15 años.
- Historias clínicas u hojas de emergencia que describan lesiones físicas.
- Pacientes que se atendieron entre agosto del 2018 y agosto del 2019.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluirán del estudio, los expedientes clínicos deficientemente registrados, incomprensibles, incompletos y que no contengan datos sobre lesiones.
- No serán incluidos en el estudio, expedientes clínicos de otros servicios.
- tampoco serán incluidos expedientes de otras gestiones.

E. TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

En el presente estudio, se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos a través de una ficha de recolección de datos (ANEXO N° 1) de elaboración propia, para la presente investigación y con la colaboración para la validación respectiva por cuatro profesionales: Dos Médicas Peditras, una Forense y un Médico de Guardia de Emergencias. (ANEXO N° 2).

Para dar salida a los objetivos, se utilizó el Software, Microsoft Excel 2010.

Las variables que fueron analizadas, son:

- Sociodemográficas: Genero, Edad (Tipificación de la infancia), Lugar de procedencia
- Lesiones por causa externa
- Lesiones por causa externa no intencionales
- Lesiones por causa externa intencionales
- Lesiones por causa externa no intencionales e intencionales según el agente causante.
- Ubicación de lesiones

Se utilizó este software, para un adecuado diseño, diagramación y presentación de los resultados.

- a) Para dar salida al Objetivo General, se procedió a determinar la frecuencia relativa porcentual de las variables mediante tablas de frecuencia realizadas con ayuda del Programa, Excel 2010.
- b) Para dar salida al primer objetivo específico, se realizó el siguiente procedimiento: Se determinó la frecuencia relativa porcentual de las variables mediante tablas de frecuencia realizadas con Excel 2010, que corresponde a las variables socio demográficas.
- c) Para dar salida al segundo objetivo específico, se realizaron los siguientes procedimientos:

Se determinó la frecuencia relativa porcentual de las variables mediante tablas de frecuencias, realizadas con el programa, Excel 2010. Que corresponde a las variables: Lesiones por causa externa intencionales y no intencionales.

d) Para dar salida al Tercer Objetivo específico, se elaboraron tablas de frecuencias con Excel 2010. Que corresponde a las variables: tipo de lesiones, según en agente causante.

e) Para dar salida al Cuarto Objetivo específico, se elaboraron tablas de frecuencias con Excel 2010. Que corresponde a las variables: ubicación de la región anatómica donde se encuentran las lesiones.

F. VARIABLES

- Sociodemográficas: Genero, Edad (Tipificación de la infancia), Lugar de procedencia
- Lesiones por causa externa
- Lesiones por causa externa no intencionales
- Lesiones por causa externa intencionales
- Lesiones por causa externa no intencionales e intencionales según el agente causante.
- Ubicación de lesiones

CUADRO N° 6: VARIABLES

VARIABLES	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	INTERVINIENTE
Sociodemográficas	X		
GÉNERO	X		
EDAD (TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA)	X		
LUGAR DE PROCEDENCIA	X		
LESIONES POR CAUSA EXTERNA NO INTENCIONALES		X	
LESIONES POR CAUSA EXTERNA INTENCIONALES		X	
LESIONES POR CAUSA EXTERNA NO INTENCIONALES E INTENCIONALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE			X
UBICACIÓN DE LESIONES			X

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

G. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CUADRO N° 7: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Escala	Indicador	Instrumento
Sociodemográficas:	Cualitativa	1. Femenino	Frecuencias	Ficha de recolección de datos
Género	Nominal Dicotómica	2. Masculino		
Edad Tipificación de la infancia	Cualitativa ordinal	1. Neonato 0-4 semanas 2. Lactante 1mes-2 años 3. Preescolar 2-6 años 4. Escolar 6-12 años 5. Adolescente 12-15 años	Frecuencias	Ficha de recolección de datos
Procedencia	Cualitativa discreta	1. Ciudad 2. Provincia 3. Otro	Frecuencias	Ficha de recolección de datos
Lesiones: por causa externa	Cualitativa Nominal	1. Intencional 2. No intencional	Frecuencias	Ficha de recolección de datos
Lesiones no Intencionales	Cualitativa Nominal	1. Accidente de tránsito 2. Caída	Frecuencias	Ficha de recolección de datos

		3. Mordedura de Perro 4. Mordedura de gato 5. Picadura de insectos 6. Cortes 7. Amputación o avulsión 8. Lesiones deportivas 9. Quemadura 10. Policontusión 11. Politraumatismo 12. Contusión superficial 13. Otros		
Lesiones Intencionales	Cualitativa nominal	1. Agresiones 1. Violencia 2. Maltrato infantil 2. Autoagresiones	Frecuencias	Ficha de recolección de datos
Lesiones no intencionales e intencionales según el agente causante: Agente Contuso	Cualitativa Nominal	1. Agente Contuso. 2. Agente punta o filo 3. Agente Proyectil de Arma de Fuego 4. Agente Físico- Químico	Frecuencias	Ficha de recolección de datos

<p>Lesiones no intencionales e intencionales según el agente causante:</p> <p>Agente Contuso.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equimosis 2. Hematoma 3. Excoriación 4. Caída 5. Mordeduras 6. Varios 	<p>Frecuencias</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>Lesiones no intencionales e intencionales según el agente causante:</p> <p>Agente Punta o Filo</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Agente punta o filo 1. Excoriación 2. Herida Cortante 3. Herida Punzante 4. Punzocortante 5. Contuso Cortante. 6. Excoriación y Herida Contusocortante 	<p>Frecuencias</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>Lesiones no intencionales e intencionales según el agente causante:</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explosivos 	<p>Frecuencias</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

Agente Proyectoil de Arma de Fuego				
Lesiones no intencionales e intencionales según el agente causante: Agente Físico-Químico	Cualitativa Nominal	1.Quemadura	Frecuencias	Ficha de recolección de datos
Ubicación de las lesiones	Cualitativa Nominal	1. Cráneo, 2. Cara y cuello 3. Tórax anterior 4. Tórax posterior 5. Abdomen 6. Miembros superiores 7. Miembros inferiores 8. Múltiples Regiones	Frecuencias	Ficha de recolección de datos

Fuente: Elaboración Propia

H. ASPECTOS ÉTICOS

Corresponde el trámite respectivo, de autorización, con las personas responsables:

Carta dirigida al director del Hospital del Sur de la ciudad de Cochabamba.
(ANEXO 3)

Se extremaron recursos de bioética, y ética socio cultural:

- Se revisaron únicamente las historias y expedientes clínicos, que contaban con las características para el estudio.
- Manteniendo los datos en confidencialidad y la identidad en reserva puesto que, el uso de esta información, fue con fines netamente investigativos.
- Como se mantuvo el anonimato y únicamente se recolectaron los datos necesarios de documentación, en ningún momento del estudio se ejerció, discriminación, por sexo, raza, etnia o condición económica.

IX. RESULTADOS

Dentro del presente estudio, se identificaron 388 casos, la caracterización de las lesiones, se reflejan en los cuadros siguientes.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS EN MENORES DE 15 AÑOS CON LESIONES.

Del total de 388 pacientes que presentaron lesiones, la distribución por sexo en el periodo mencionado, es la siguiente:

CUADRO N°8
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN GÉNERO.

LESIONES SEGÚN GÉNERO	Nº	PORCENTAJE
FEMENINO	135	35%
MASCULINO	253	65%
TOTAL	388	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - Según los datos del Cuadro 8, se observa que un 65% de los menores que sufrieron lesiones son varones y un 35% son mujeres, datos que se deben tomar en cuenta a lo largo del análisis de las lesiones, en vista de que el sexo masculino resultaría ser el más vulnerable a sufrir lesiones.

Asimismo, la distribución según tipificación de la infancia, la distribución absoluta y relativa es la siguiente:

CUADRO Nº 9
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. POR TIPIFICACIÓN DE
LA INFANCIA.

TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA	Nº	PORCENTAJE
NEONATO	3	1%
LACTANTE	87	22%
PREESCOLAR	96	25%
ESCOLAR	151	39%
ADOLESCENTE	51	13%
TOTAL	388	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - De acuerdo a los datos del Cuadro 9, los niños y niñas de la etapa escolar representan un 39% (menores de 15 años de entre 6 a 12 años que están aún en la escuela), seguido de la etapa preescolar con 25% (edad comprendida entre 3 a 5 años que dejaron la lactancia y aún no ingresaron a la escuela), lactante con 22% (niños que según los padres siguen aún lactando, cuya edad oscila entre la edad de 2 meses y los 2 años) y neonato tan solo un 1% (recién nacido al mes de edad).

Esto significa que del total de menores de 15 años que presentaron lesiones en el servicio de emergencias del hospital del “Sud” fueron los escolares, con 39%, situación que para el presente caso habría que considerarles como el sector vulnerable expuesto a lesiones.

Finalmente, la distribución de niños y niñas que presentaron lesiones el lugar de procedencia, fueron los siguientes:

CUADRO N° 10
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN
PROCEDENCIA.

LUGAR	Nº	PORCENTAJE
CIUDAD	301	77%
PROVINCIA	76	20%
OTRO	11	3%
TOTAL	388	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - Según la distribución que toma el lugar de procedencia, en el Cuadro número 10, se observa que en su mayoría (77%) son menores que nacieron en la ciudad de Cochabamba, seguidos de los que vinieron o fueron derivados de provincias de Cochabamba (20%) y tan solo un 3% corresponden a niños y niñas de otros departamentos, incluidos a dos niños y niñas que tienen origen extranjero.

Sin embargo, pese a esta característica respecto al lugar de origen de los menores, hay que destacar que los padres de estos pacientes son en su mayoría oriundos de provincias del área rural del departamento de Cochabamba, por constituir los alrededores del hospital del Sud barrios de reciente creación como parte de la expansión urbana de la ciudad de Cochabamba.

2. CLASIFICACIÓN DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN INTENCIONALES Y NO INTENCIONALES.

CUADRO N° 11
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN CAUSA EXTERNA: NO INTENCIONALES E INTENCIONALES.

LESIONES POR CAUSA EXTERNA	Nº	PORCENTAJE
NO INTENCIONALES	347	89%
INTENCIONALES	41	11%
TOTAL	388	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - Después de la amplia revisión bibliográfica para fines del presente estudio, se tomó la clasificación de lesiones por causa externa, ya que los autores coinciden en la definición de lesión siempre ocasionada por una “noxa” o “causa”, externa. Por tanto, en el Cuadro número 11, se refleja la totalidad de nuestro universo 388 casos, que corresponden a lesiones, por causas externas, de las cuales 347, la mayoría, fueron lesiones no intencionales con 89 %. Por otro lado, a las lesiones intencionales recae un 11% siendo 41 casos los que se presentaron.

CUADRO N° 12
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019.

LESIONES NO INTENCIONALES	Nº	PORCENTAJE
ACCIDENTE DE TRANSITO	14	4%
CAÍDA	162	47%
MORDEDURA DE PERRO	51	15%
MORDEDURA DE GATO	2	1%
PICADURA DE INSECTOS	6	2%
CORTES	33	10%
AMPUTACIÓN O AVULSIÓN	2	1%
LESIONES DEPORTIVAS	12	3%
QUEMADURA	30	9%
POLICONTUSIÓN	4	1%
POLITRAUMATISMO	6	2%
CONTUSIÓN SUPERFICIAL	4	1%
OTROS	21	6%
TOTAL	347	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - El Cuadro número 12, refleja la frecuencia de las lesiones no intencionales que se presentaron en menores de 15 años del

servicio de emergencias del hospital del sud en el periodo mencionado, donde en su mayoría fueron casos de Caídas con un 47%, seguidas de Mordeduras de Perro en un 15%, Cortes 10%, Quemadura 9%, Otros 6%, este grupo involucra un origen diferente que no forma parte de los considerados, como fracturas, fracturas consolidadas, secuelas y lesiones no intencionales combinadas. Los Accidentes de Tránsito se presentaron en un 4%, Lesiones Deportivas 3%, Politraumatismo 2%. Picadura de insectos 2%, que incluyen Picadura de Alacrán, Abeja y Araña. Mordedura de Gato, Policontusión y Contusión Superficial corresponden al 1 % cada una siendo la minoría.

CUADRO Nº 13

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS QUE PRESENTARON LESIONES INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019.

LESIONES INTENCIONALES	Nº	PORCENTAJE
AGRESIONES	39	95%
1.VIOLENCIA	5	12%
2. MALTRATO INFANTIL	34	83%
AUTOAGRESIONES	2	5%
TOTAL	41	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019

Interpretación y Análisis. - El Cuadro numero 13 muestra que, de las Lesiones Intencionales, las Agresiones fueron las más frecuentes con un 95% y de estas, el Maltrato Infantil domino en las consultas de emergencias con un 83% no es el caso de la Violencia que corresponde al 12% de los casos de Agresiones.

Se presentaron solo dos casos de Autoagresiones en el periodo estudiado que representan el 5% de las lesiones intencionales.

3. LESIONES INTENCIONALES Y NO INTENCIONALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE.

CUADRO Nº 14
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E
INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE	NO INTENCIONALES		INTENCIONALES		TOTAL	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
AGENTE CONTUSO	264	68%	22	6%	286	74%
AGENTE PUNTA FILO	52	13%	15	4%	67	17%
AGENTE PROYECTIL ARMA DE FUEGO (PAF)	1	0,26%	1	0,26%	2	1%
AGENTE FÍSICO QUÍMICO	30	8%	3	1%	33	9%
TOTAL	347	89%	41	11%	388	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - El Cuadro número 14, refleja la clasificación según el Agente Causante de las Lesiones No Intencionales e Intencionales, donde en su mayoría se presentaron por Agente Contuso en un 74%, de las cuales 68% fueron No Intencionales y 6% Intencionales. De los 17% que corresponden al Agente Punta Filo, un 13% son No Intencionales y 4% Intencionales. A su vez por Agente Físico Químico 9%, No Intencionales 8% e Intencionales 1%. Por Agente PAF se encontraron 2 casos 1 No Intencional y otro Intencional, siendo solo el 1% del total de los casos de Lesiones por Agente Contuso que se presentaron.

Recordemos que cada agente tiene también sus subdivisiones que se detallarán en los cuadros siguientes:

CUADRO Nº 15
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E
INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE:
CONTUSO.

LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE	NO INTENCIONALES		INTENCIONALES		TOTAL	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
EQUIMOSIS	20	7%	6	2%	26	9%
HEMATOMA	8	3%	1	0,35%	9	3%
EXCORIACIÓN	13	5%	3	1%	16	6%
CAÍDA	162	57%	4	1%	166	58%
MORDEDURA	53	19%	1	0,35%	54	19%
VARIOS	8	3%	7	2%	15	5%
TOTAL	264	92%	22	8%	286	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - Según el Agente Contuso, la distribución presentada en el cuadro 15, detalla que las lesiones por Caídas fueron las más frecuentes con un 58% de las cuales 57% corresponden a las Lesiones No Intencionales y solo un 1% a las Intencionales.

La Mordedura se presentó en segundo lugar con un 19% siendo 19% las No Intencionales que corresponden a mordeduras de animales, en su mayoría perros, ya que de las Intencionales solo se encontró 1 caso de mordedura, pero humana 0,35%. Esto nos hace reflexionar de sobremanera, por la

cantidad de perros callejeros existentes por la zona y alrededores del hospital, y cuán vulnerables son los menores ante estos hechos.

Las Equimosis representaron el 9% de estas 7% fueron No Intencionales y primero en frecuencia para las Intencionales con un 2 %.

Excoriaciones 6% con 5% No intencionales y 1% las Intencionales. Hematoma 4 %.

El acápite Varios 5% corresponde a las historias clínicas de menores de 15 años del servicio de emergencias del hospital del sud que tenían registradas varios tipos de lesiones por agente contuso, 3% fueron No Intencionales y 2% Intencionales, compartiendo el primer lugar en frecuencia con las equimosis.

Por último, el Hematoma 3%, 3% No intencionales y 0,35% Intencionales.

CUADRO N° 16
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E
INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE:
PUNTA FILO.

LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE	NO INTENCIONALES		INTENCIONALES		TOTAL	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
AGENTE PUNTA FILO						
EXCORIACIÓN	9	13,43%	1	1,49%	10	15%
HERIDA CORTANTE	23	34%	2	3%	25	37%
HERIDA PUNZANTE	3	4,48%	3	4,48%	6	9%
HERIDA PUNZOCORTANTE	6	9%	3	4%	9	13%
HERIDA CONTUSOCORTANTE	4	6%	3	4%	7	10%
EXCORIACION Y H. CONTUSOCORTANTE	7	10,45%	3	4,48%	10	15%
TOTAL	52	78%	15	22%	67	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - El Cuadro número 16, refleja las lesiones según el agente causante, Punta Filo, en su mayoría se presentó la Herida Cortante con un 37%, de las cuales 34% fueron No Intencionales y 3% Intencionales. Le sigue en frecuencia la excoriación con un 15%, 13,43 No intencionales y 1,49% Intencionales. También con 15% están la Excoriación y Herida Contuso Cortante juntas, 10,45% No Intencionales y 4,48% Intencionales. Herida Cortopunzante 13%, 9% No Intencionales, 9% Intencionales. Herida Contuso

Cortante 10%, 6% No Intencionales, 4% Intencionales. 9% corresponde a Herida Punzante, 4,48 No Intencionales y 4,48 Intencionales.

CUADRO N° 17
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E
INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE: PAF.

LESION SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE	NO INTENCIONALES		INTENCIONALES		TOTAL	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
EXPLOSIVOS	1	50%	1	50%	2	100%
TOTAL	1	50%	1	50%	2	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. – Según el agente causante PAF (Proyectil de Arma de Fuego) como se observa en el Cuadro 17, solo se presentaron 2 casos por Explosivos, uno No Intencional y el otro Intencional respectivamente hace 50% cada uno.

Recordemos que en la clasificación del agente causante por Proyectil de Arma de Fuego (PAF), se incluyen, Proyectil Único, Múltiple y Explosivos, en las historias clínicas que se revisaron no se encontraron por ningún proyectil, solo por explosivos, que al ser manipulados dañaron alguna parte anatómica.

CUADRO Nº 18
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E
INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE:
FÍSICO QUÍMICO.

LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE	NO INTENCIONALES		INTENCIONALES		TOTAL	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
AGENTE FISICO QUIMICO						
QUEMADURA	30	91%	3	9%	33	100%
TOTAL	30	91%	3	9%	33	100%

Fuente: Expediente Clínico-Emergencia HS 2018- 2019.

Interpretación y Análisis. - Para el Agente Causante Físico Químico, tenemos La Quemadura 91% No Intencionales y 9 % Intencionales. Se encontró que las quemaduras tuvieron mayor frecuencia en caso de las lesiones no intencionales. Los registros describen frecuentes accidentes en la cocina y con agua caliente. En las intencionales llama la atención los castigos físicos.

4. DETERMINAR LA UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES INTENCIONALES Y NO INTENCIONALES.

CUADRO N° 19
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE MENORES DE 15 AÑOS
QUE PRESENTARON LESIONES NO INTENCIONALES E
INTENCIONALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
DEL “SUD”-GESTIÓN 2018-2019. SEGÚN UBICACIÓN ANATÓMICA.

LESIONES SEGÚN UBICACIÓN ANATÓMICA	NO INTENCIONALES		INTENCIONALES		TOTAL	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
UBICACIÓN DE LESIONES						
CRÁNEO	88	23%	7	1%	95	24%
CARA Y CUELLO	58	15%	9	2%	67	17%
TORAX ANTERIOR	4	1%	1	0,26%	5	1%
TORAX POSTERIOR	3	1%	1	0,26%	4	1%
ABDOMEN	15	4%	1	0,26%	16	4%
MIEMBROS SUPERIORES	67	17,27%	9	2,32%	76	20%
MIEMBROS INFERIORES	60	15,46%	5	1,29%	65	17%
MÚLTIPLES REGIONES	52	13%	8	2%	60	15%
TOTAL	347	89%	41	11%	388	100%

Fuente: Elaborado en base a los datos obtenidos de las Historias clínicas de menores de 15 años del servicio de emergencias que presentaron lesiones.

Interpretación y Análisis. - La Ubicación Anatómica más frecuente de las lesiones en menores de 15 años fue el Cráneo en un 24%, de estos 23% corresponden a las Lesiones No Intencionales y 1 % a las Intencionales. La siguiente ubicación son los Miembros Superiores 20%, 17,26 No Intencionales y 2,32% Intencionales. Miembros Inferiores 17%, No Intencionales 15,46% e Intencionales 1,29%. Cara y Cuello 17%, 15% No Intencionales y 2% Intencionales. Múltiples Regiones, que incluye los casos donde se tenía registrado lesiones en varias regiones anatómicas 15%, 13% No Intencionales y 2% las Intencionales. Abdomen 4%, No Intencionales 4% e Intencionales 0,26%. Y finalmente como minoría el Tórax Anterior y Tórax Posterior corresponden al 1% respectivamente 1% NO Intencionales y 0,26% e Intencionales.

X. DISCUSIÓN

Para el presente estudio, cuyo objetivo fue caracterizar las lesiones en menores de 15 años del Servicio de Emergencias del Hospital del "Sud", Cochabamba, Bolivia, en las gestiones 2018 y 2019, se realizó la revisión exhaustiva de las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital del "Sud", en casos de menores de 15 años que presentaron lesiones, desde agosto de 2018, cuando se crea dicho servicio, hasta agosto del 2019.

El interés principal de este estudio, que, a través de esta caracterización, se diferencien las lesiones, se identifiquen las por causa externa, distinguiendo la intencionalidad; así, hacer un abordaje y denuncias oportunas, desde los servicios de emergencias.

En este sentido es, que los resultados se obtuvieron de 388 historias clínicas revisadas, con la mayor cantidad de datos legibles y entendibles sobre lesiones. De esta revisión se pudo determinar que, el género de mayor vulnerabilidad a sufrir lesiones en menores de 15 años del servicio de Emergencias del Hospital del "Sud", es el Masculino, contrastando con el estudio de M. Limbos y Peek-Asa denominado: Comparación de lesiones intencionales y no intencionales en un entorno escolar¹¹, donde se demostró también que, los hombres de todos los grados tuvieron las tasas más altas de lesiones¹¹. Algo muy similar con la investigación realizada en Nicaragua por D. Martinez y G. Lucia¹² denominada: Comportamiento de las lesiones en los pacientes atendidos en la emergencia de niño del Hospital Fernando Vélez Paiz de abril a noviembre 2003. Donde el sexo masculino fue más afectado. La investigación realizada en Colombia por: Bejarano et al.¹³ Titulada, Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica, arrojó que, 72,1% fueron de sexo masculino, sin embargo, se debe aclarar que, el estudio abarcó todas las

edades, incluidas personas mayores de 15 años. Otro estudio realizado por M Bejarano y L. Rendón³, Lesiones de causa externa en menores y mayores de 18 años en un hospital colombiano 2004-2007, definió y comparó las características de lesiones de causa externa entre los pacientes menores y mayores de 18 años, en el Hospital Mario Correa Rengifo, demostró que, los menores de 18 años, la mayoría fueron varones (69,3%). Se cita para comparación también el estudio, Niños asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell por lesiones de "causas externas". Años 2008-2016. Realizado por Martín Notejane, et al.⁹ donde también se observó un predominio del sexo masculino (23/38). En Bolivia, no se encontraron estudios de lesiones por causas externas en general, pero como la investigación de V. Salazar et. Al.¹⁴ Prevalencia y mortalidad por accidentes en niños menores de 10 años Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", donde de 422 casos registrados, fueron varones el 55%. En cuanto a las intencionales, la mayoría de los estudios bolivianos abordan temas de maltrato infantil como la investigación de Mariscal¹⁵, en el año 2008, denominada: "Determinación de las Características del Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia Municipio de Caranavi Gestión 2002 – 2006", en la cual el sexo masculino (57%), predominó en las denuncias. En el trabajo, realizado en 2009 por De Pardo, et al¹⁶. Denominado: "Incidencia de niños con maltrato de enero 2008 - julio 2009 en la Defensoría de la niñez de la provincia Cercado de Cochabamba", 52% pertenecían al sexo masculino. En cambio, Peredo¹⁶ en 2009, que se adentró en la Detección de Casos de Maltrato Físico Infantil en el Hospital del Niño "Manuel Ascencio Villarreal" Cochabamba y La investigación de Padilla¹⁸, 2013, titulada Características del Maltrato Infantil de Niños y Niñas, menores de 12 Años de edad atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses del Municipio de Sucre, Gestión 2013, determinaron que, el maltrato infantil se ha presentado frecuentemente en el sexo femenino, con porcentajes de 54% y 65,1%, respectivamente, al igual que, en el de Trujillo, 2018, que titula,

“Caracterización de la Violencia Física y Sexual Contra Niños y Niñas Menores de 12 Años, atendidos en la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia de la Ciudad de El Alto, Gestión 2018”²², donde predominó el sexo femenino, en casos de maltrato, el porcentaje del sexo femenino del presente estudio de lesiones incluidas, las no intencionales, fue 35%. Otros estudios que tienen predominancia en el sexo masculino son: Flores¹⁹, 2016, titulado, Caracterización de casos de maltrato infantil a menores de 0 – 15 años, atendidos en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, La Paz, Bolivia, abril a junio de 2016, 58%, Cordero 2018, Caracterización de Maltrato Infantil, Tipo Violencia Física en Menores de 12 Años, que Acuden al Hospital General de los Yungas del Municipio de Coroico, La Paz, Bolivia, Gestión 2017²⁰, 54,5%, Ruelas 2020, Estudio del Maltrato en Niños y Adolescentes Atendidos en el Centro de Salud Viacha, La Paz, Bolivia, Primer Trimestre, 2020¹⁰ 55%. Por tanto, la predominancia del sexo masculino en la mayoría de estudios es significativa y se confirma, como vulnerable a sufrir lesiones de todo tipo.

Respecto a la tipificación de la infancia, del total de menores de 15 años que presentaron lesiones en el servicio de emergencias del hospital del “Sud”, fueron los escolares, situación que, para el presente caso, habría que considerarlos como el sector vulnerable expuesto a lesiones. Sin embargo, contrastando con los estudios ya mencionados, como el de M. Limbos y Peek-Asa¹¹, donde los estudiantes de secundaria, tuvieron las tasas más altas de lesiones intencionales y no intencionales¹¹, pero las lesiones no intencionales, representan un riesgo mayor para los escolares. D. Martínez y G. Lucía¹² Los grupos etarios de 1-4, 5- 9 y 10 - 14 años, se afectaron en forma similar en un 32.2, 32.5 y 32.3 %, respectivamente. Bejarano et al.¹¹ 99,4% fueron mayores de un año. Martín Notejane, et al.⁹ mediana de edad 4 años y 11 meses. V. Salazar et. Al.¹⁴, la edad promedio fue de 5.3 años. Mariscal¹⁵, entre 6 y 11 años 43%. En el De Pardo, et al¹⁶, predominan menores de 5 años. Peredo¹⁷, los preescolares tienen mayor porcentaje 27% seguido de los escolares 23%.

Flores¹⁹, 0 a 5 años representa 41.5%. Cordero 2018²⁰, 3 a 4 años con un 45,5%. En el estudio de Tunqui 2018, Caracterización de casos de Síndrome del Niño Maltratado, variedad negligencia, atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, La Paz – Bolivia, gestión 2018 Propuesta de protocolo específico de valoración médico legal en casos de maltrato infantil²¹, Los menores con edades de 0 a 5 años, constituyen el 76%. En el estudio de Ruelas, en el año 2020, el grupo etario más vulnerable, fue el de 6 a 9 años. Se deduce entonces que, en predominancia, la edad escolar es muy frecuente en la mayoría de estudios. También, en el presente estudio, la etapa preescolar (edad comprendida entre 3 a 5 años que dejaron la lactancia y aún no ingresaron a la escuela), es la segunda en predominancia; sin embargo, al igual que otros estudios, sería conveniente especificar, desglosar o detallar, las edades de estas etapas.

En cuanto a la procedencia, a pesar de que en su mayoría son menores que nacieron en la ciudad de Cochabamba, se debe destacar que, los padres de estos pacientes son personas migrantes oriundos de provincias del área rural del departamento, por constituir los alrededores del hospital del Sud, barrios periféricos de reciente creación, como parte de la expansión urbana de la ciudad de Cochabamba. 20% acudieron o fueron derivados de provincias de Cochabamba, el resto corresponden a niños y niñas de otros departamentos, incluidos a dos niños y niñas que tienen origen extranjero

Este estudio consideró también que las lesiones por causas externas, fueran clasificadas según su intencionalidad. Por tanto, en el periodo estudiado, de las 388 historias, la mayoría fueron lesiones no intencionales, y las lesiones intencionales, 11% solamente. Así como el estudio de M. Limbos y Peek-Asa⁸, donde 77,2%, fueron involuntarias, el 16,8% intencionales y el 6,0% fueron intención desconocida. En el de D. Martinez y G. Lucia¹², casi la totalidad de éstas fueron no intencionales 97.7 %. El de M Bejarano y L. Rendón³, con 75,5% de las lesiones no intencionales.

Existen factores que favorecen que el paciente pediátrico sea víctima de lesiones accidentales, por ejemplo, dada su falta de experiencia, la imprudencia propia de su edad, y en el caso del paciente lactante y preescolar, su capacidad exploradora. El espíritu temerario del adolescente y la necesidad psicológica de aceptación social, frecuentemente lo impulsan a tomar actitudes de riesgo. Otros elementos que predisponen al paciente pediátrico al momento de sufrir lesiones por accidentes en los diferentes escenarios, son el diámetro y el peso de la cabeza, la estatura, la gran cantidad de agua corporal total, que hace más elásticos, ligamentos importantes en columna, la laxitud de los huesos largos, menor rigidez en la pared abdominal y la flexibilidad de las estructuras de protección en la cabeza de los pacientes; y también, su capacidad disminuida para reaccionar de forma inmediata ante situaciones de desastre, para huir del sitio siniestro y, así mismo, menor capacidad de interpretación a las órdenes de quienes los pretenden auxiliar⁵².

Estas lesiones no intencionales, en su mayoría, fueron casos de Caídas, seguidas de Mordeduras de Perro, Cortes, Quemadura y Otros, este grupo involucra un origen diferente, que no forma parte de los considerados, como fracturas, fracturas consolidadas, secuelas y lesiones no intencionales combinadas. Los Accidentes de Tránsito, Lesiones Deportivas, Politraumatismo, Picadura de insectos, que incluyen Picadura de Alacrán, Abeja y Araña. Mordedura de Gato, Policontusión y Contusión Superficial, constituyen la minoría. Contrastando con previos estudios, en la investigación realizada en Nicaragua por D. Martínez y G. Lucía¹², el mecanismo de lesión que sobresalió fue la caída, con un 67.8 %. En el Realizado por Martín Notejane, et al.⁹, lo más frecuente fueron los siniestros de tránsito (17/38). En la de V. Salazar et. Al.¹⁴, caídas 36%, quemaduras 20%, accidentes de tráfico 15.4%, envenenamientos 6% y mordeduras de animales 4.5%.

Respecto las Lesiones Intencionales, en el presente estudio, se observó que, las agresiones fueron las más frecuentes, de estas, el Maltrato Infantil dominó

en las consultas de emergencias. No es el caso de la Violencia. Se presentaron solo dos casos de Autoagresiones en el periodo estudiado. Comparativamente con lo estudiado por M Bejarano y L. Rendón³, en menores de 18 años, 88% de las lesiones intencionales fueron interpersonales y 12% autoinfligidas. El de Martín Notejane, et al.⁹, por maltrato infantil, con frecuencia de 11/38⁹.

Según el Agente Causante de las Lesiones No Intencionales e Intencionales, en este estudio resultó que, la mayoría se presentaron por Agente Contuso, de las cuales, 68% fueron No Intencionales y 6% Intencionales. De estas lesiones, según el agente causante por agente contuso, las Caídas fueron las más frecuentes, con un 58%, de las cuales, 57% corresponden a las Lesiones No Intencionales y solo un 1%, a las Intencionales. La Mordedura se presentó en un 19% siendo 19% las No Intencionales, puesto que, de las Intencionales solo se encontró 1 caso 0,35%. Las Equimosis, representaron el 9% de estas, 7% fueron No Intencionales y 2 % Intencionales. Excoriaciones, 6% con 5% No intencionales y 1% las Intencionales. Hematoma 4 %. Dentro del acápite Varios (5%), corresponde a las historias clínicas de menores de 15 años del servicio de emergencias del hospital del sud que, tenían registrados varios tipos de lesiones, por agente contuso, 3% fueron No Intencionales y 2% Intencionales, el Hematoma 3%, 3% No intencionales y 0,35% Intencionales.

De los 17% que corresponden al Agente Punta Filo, un 13% fueron No Intencionales y 4% Intencionales. A su vez, según el agente causante, Punta Filo, la más frecuente fue la Herida Cortante 37%, de las cuales 34% fueron No Intencionales y 3% Intencionales. Seguidamente, la excoriación, con un 15%, 13,43%, No intencionales y 1,49%, Intencionales. También con 15%, la Excoriación y Herida Contuso Cortante juntas, 10,45% No Intencionales y 4,48% Intencionales. Herida Cortopunzante 13%, 9% No Intencionales, 9% Intencionales. Herida Contuso Cortante 10%, 6% No Intencionales, 4% Intencionales. 9% corresponde a Herida Punzante, 4,48% No Intencionales y 4,48% Intencionales.

Por Agente Proyectil de Arma de Fuego (PAF), se identificaron 2 casos, 1 No Intencional y otro Intencional, siendo solo el 1% del total de los casos de Lesiones por Agente Causante que se presentaron. Estos 2 casos por Explosivos, uno No Intencional y el otro Intencional, respectivamente, 50% cada uno.

Por Agente Físico Químico 9%, No Intencionales 8% e Intencionales 1%. estas fueron Quemaduras 91% No Intencionales y 9 % Intencionales. No se encontraron cifras previas, ni estudios anteriores, de estos datos observados.

La Ubicación Anatómica más frecuente de las lesiones en menores de 15 años, fue el Cráneo, con un 24%, de estos, 23% corresponden a las Lesiones No Intencionales y 1 % a las Intencionales. La siguiente ubicación, son los Miembros Superiores (20%), 17,26% No Intencionales y 2,32% Intencionales. Miembros Inferiores 17%, No Intencionales 15,46% e Intencionales 1,29%. Cara y Cuello 17%, 15% No Intencionales y 2% Intencionales. Múltiples Regiones, que incluye los casos donde se tenía registrado lesiones en varias regiones anatómicas 15%, 13% No Intencionales y 2% las Intencionales. Abdomen 4%, No Intencionales 4% e Intencionales 0,26%. Y finalmente como minoría el Tórax Anterior y Tórax Posterior corresponden al 1% respectivamente 1% NO Intencionales y 0,26 e Intencionales. Coincidiendo con la tesis realizada por Tunqui en el año 2018²⁰, siendo la cabeza la región más afectada. Lo que no coincide con la investigación de D. Martinez y G. Lucia¹², donde el lugar anatómico más afectado fue el antebrazo, con un 21.1%⁹ de los casos, ni con el estudio de Cordero, en el 2018²⁰, donde se reportó que, la región topográfica de mayor vulnerabilidad, fueron los miembros inferiores (36,4%). Según Ruelas, en el 2020¹⁰, con relación a la ubicación de la lesión, 6.3% se ubican en cabeza, 15% cara, 17.5% en extremidad superior, 17.5% en extremidad inferior, 8.8% en tórax, 3.8% en abdomen/pelvis, 23.8% en espalda/glúteos y 7.5% área genital. Se observa

que, la lesión ubicada en región de espalda/glúteos, es la zona anatómica de mayor porcentaje de casos.

XI. CONCLUSIONES

Se consideraron para este estudio, un total de 388 Historias clínicas del servicio de emergencias del Hospital del “Sud” de la ciudad de Cochabamba, Bolivia, en el periodo comprendido entre agosto de 2018, a agosto de 2019, las cuales permitieron caracterizar a las lesiones por causa externas que se presentaron en menores de 15 años.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada y a los resultados obtenidos, se puede concluir que, el estudio de las lesiones en menores de 15 años es fundamental por tratarse de importantes causas de sufrimiento, dolor, secuelas, y alteraciones en el desarrollo físico, mental, consecuencias sociales, económicas, discapacidad, e incluso cobrar vidas a corta edad en los lesionados.

Que en el servicio de emergencias se tiene el primer contacto con los menores que presentan lesiones y es el lugar adecuado para obtener información valiosa, a efectos de verificar la intencionalidad de estas, por ello resulta tan importante realizar el registro e identificaciones de las lesiones, en particular las de causa externa.

Que la intencionalidad juega un papel importante al analizar las lesiones externas y sus características.

1. En cuanto a las características demográficas:

- Del total de los casos que se identificaron con lesiones, según el género, los menores que presentaron mayor vulnerabilidad, son de sexo masculino.
- La etapa escolar, resultó la más propensa a sufrir lesiones.

- Según el lugar de procedencia, en su mayoría, son menores que nacieron en la ciudad, sin embargo, son hijas e hijos de padres migrantes.
2. Según la clasificación de lesiones por causa externa en Intencionales y no intencionales, las últimas, son las que se produjeron con mayor frecuencia, en concordancia con los estudios revisados. De las lesiones no intencionales, las más frecuentes fueron las Caídas, de las no Intencionales, las agresiones y de estas, el Maltrato Infantil, preponderantemente.
 3. Según el agente causante, las lesiones por Agente Contuso, fueron las más frecuentes y de estas. las Caídas y mordeduras, principalmente no intencionales. Y de las lesiones Intencionales, las equimosis tuvieron mayor frecuencia.
 4. Según la ubicación Anatómica, la lesiones en el Cráneo, se presentaron con mayor frecuencia en las no intencionales y en las intencionales, los miembros superiores.
 5. Queda en evidencia que, se deben mejorar los registros y clasificaciones a la hora de abordar este tipo de casos, para tener una base de datos sólida en el Hospital, con el objetivo de aportar a las estadísticas, además de contribuir al diagnóstico oportuno de lesiones por causa externa no intencionales e intencionales y a la detección de casos de violencia y maltrato infantil. por ello, se pone en consideración una propuesta de hoja de registro para el servicio de Emergencias del Hospital del Sud de la ciudad de Cochabamba (Ver ANEXO 4).

XII. RECOMEDACIONES

Se recomienda:

1. Las atenciones de los menores en los servicios de emergencias se realicen con un equipo multidisciplinario, recibiendo capacitaciones y actualizaciones de manera continua para el abordaje de lesiones intencionales y no intencionales, hacia lograr la detección de casos de Violencia y Maltrato infantil y su denuncia oportuna a las instancias competentes.
2. El personal de los servicios de emergencia debe contar con un protocolo específico para actuar conjuntamente y de manera efectiva.
3. Seguimiento estricto de los casos ya denunciados por un equipo de trabajo social, psicológico, forense, etc.
4. Aunar esfuerzos de todas las instituciones públicas y privadas para fortalecer las acciones orientadas a la educación, sensibilización, capacitación y prevención de las lesiones intencionales y no intencionales.
5. Crear instancias de promoción y prevención de las lesiones Intencionales y no Intencionales para madres, padres, tutores y menores, que conciencien sobre las consecuencias de estas y que acciones se pueden tomar para prevenirlas.
6. Profundizar con más investigaciones sobre lesiones, ya que, por lo estudiado, se puede ampliar la caracterización, detallar, recabar mayor información de diversos servicios y ampliar el tiempo de estudio.

7. Implementar recursos como: hojas de registro físicas para respaldar los expedientes clínicos, así como formularios digitales o aplicaciones de celular que faciliten el diagnóstico de lesiones por causa externa, no intencionales e intencionales para distinguir e identificar los casos que se deben denunciar inmediatamente.
8. Se sugiere la presencia de un médico forense, para la evaluación de los casos de violencia y maltrato infantil, como parte del equipo de los hospitales, para poder agilizar las denuncias y se brinde un servicio pronto y oportuno.
9. Se elaboró una propuesta de ficha de registro de lesiones por causa externa (ANEXO N°4), destinado al Servicio de Emergencias del Hospital del Sud, Cochabamba, Bolivia, en el programa Adobe Illustrator 2020, con fines prácticos se realizó en tamaño oficio, porque la hoja de emergencias en este hospital maneja este formato.

PROPUESTA DE FICHA DE REGISTRO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE 15 AÑOS, PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL SUD COCHABAMBA-BOLIVIA

A través del programa Adobe Illustrator 2020, se elaboró en base a la revisión bibliográfica y los resultados del presente estudio, una ficha de registro de lesiones por causa externa en menores de 15 años, para el Servicio de Emergencias del Hospital del Sud Cochabamba-Bolivia:

OBJETIVO

Establecer una fuente de recopilación sistemática, organizada y práctica, de datos e información relevante sobre las lesiones por causa externa en menores de 15 años que son atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital del Sud en Cochabamba, Bolivia.

IMPORTANCIA

Basándonos en la revisión bibliográfica efectuada y en los resultados obtenidos, se puede afirmar, que el estudio de las lesiones en menores de 15 años es de suma importancia ya que representan causas significativas de sufrimiento, dolor, secuelas y trastornos en el desarrollo tanto físico como mental, además de acarrear consecuencias sociales, económicas, discapacidades, e incluso, en casos extremos, pérdida de vidas de los afectados.

El servicio de emergencias constituye el primer punto de contacto con los menores que presentan lesiones, constituyéndose en el lugar idóneo para recabar información valiosa que permita determinar la naturaleza de estas lesiones, fundamentalmente las por causa externa, en lo que respecta a su intencionalidad. Por tanto, resulta crucial llevar a cabo un registro y una identificación meticolosos de las lesiones por causa externa, en este servicio.

La intencionalidad desempeña un papel fundamental al analizar las lesiones por causa externa y sus características, a la hora de identificar violencia y maltrato, para diferenciar de los casos accidentales; lo que subraya aún más la importancia de un adecuado registro y documentación en el servicio de emergencias.

La elaboración de esta ficha de registro responde a la necesidad de contar con datos precisos y actualizados sobre las lesiones por causa externa en la población infantil y adolescente menor de 15 años, que acude al Servicio de Emergencias del Hospital del Sud.

El adecuado registro y análisis de estas lesiones, son trascendentales para identificar la intencionalidad que conllevó a su ocurrencia, efectuar las denuncias pertinentes, realizar el manejo correcto, comprender su magnitud, características y consecuencias, así como para orientar políticas y programas de prevención y atención en salud.

La aplicación de la presente propuesta, permitiría, una mejor caracterización de estos eventos, facilitando la identificación futura, con la elaboración de una base de datos, de patrones, tendencias y factores de riesgo asociados, así como la implementación de medidas preventivas y estrategias de intervención más efectivas.

La creación de esta ficha de registro surge tras el reconocimiento de disponer de un instrumento de recolección práctico y de fácil llenado, para el personal de salud, que debe recabar información precisa sobre las lesiones por causa externa en la población infantil y adolescente, que llega al Servicio de Emergencias del Hospital del Sud.

APLICABILIDAD

La ficha de registro propuesta sería aplicable en el Servicio de Emergencias del Hospital del Sud de Cochabamba, Bolivia, donde se atienden casos de urgencia y emergencia en niños y adolescentes menores de 15 años.

La disposición de la ficha propuesta, ha sido pensada para ser fácilmente completada, por el personal médico, garantizando la recolección completa y precisa de la información necesaria para la identificación de las lesiones por causa externa en esta población.

Además, se pretende que sirva de apoyo como herramienta para la toma de decisiones clínicas, la identificación de factores de riesgo y la planificación de intervenciones preventivas y de atención integral.

Queda clara la necesidad de perfeccionar los procedimientos de registro y categorización al enfrentar este tipo de situaciones, con el fin de establecer una base de datos confiable en el hospital. Esto no solo permitiría enriquecer las estadísticas, sino también facilitaría el diagnóstico temprano de lesiones causadas tanto de forma no intencional o accidental, como intencional, y la identificación de posibles casos de violencia, abuso o maltrato infantil y posteriormente como un instrumento de apoyo legal en estos casos.

Sería aplicable a:

- Todo paciente menor de 15 años que ingrese al Servicio de Emergencias del Hospital del Sud por presentar Lesiones por Causa Externa.

Excluyéndose los casos:

- Que ya fueron incluidos previamente en el registro por la misma lesión, ya sean re consultas por curaciones, controles, etc. (Sin embargo, si se presenta el mismo niño, niña o adolescente con una lesión distinta debe ser incluido en el registro).
- Dolor que sea sospecha de otras patologías o complicaciones, médico quirúrgicas, no relacionadas con lesiones intencionales o no intencionales.
- Dispepsia o intoxicaciones alimentarias.

Las fuentes de recopilación de datos para la ficha de registro serían:

- La misma niña, niño o adolescente
- Padre, madre, tutor o acompañante, incluidos algún testigo, policía, etc.
- Anamnesis y examen médico realizado en emergencias.



FICHA DE REGISTRO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE 15 AÑOS PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL SUD - COCHABAMBA, BOLIVIA



N° de ficha:

N° de historia clínica:

Médico:

Fecha:

I. DATOS PERSONALES			
Nombre del paciente: _____		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<i>Apellido Paterno</i>		<i>Apellido Materno</i>	
<i>Nombre</i>			
C.I: _____	Edad: _____	Procedencia: _____	Ciudad <input type="checkbox"/> Provincia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Nombre padre/madre/tutor: _____		C.I: _____	Cel/Telf: _____
II. LESIONES			
Características del hecho			
Lugar: _____	Fecha: _____	Hora: _____	
		<i>Día</i>	<i>Mes</i>
		<i>Año</i>	<i>Horas</i>
			<i>Minutos</i>
¿Qué estaba haciendo? _____			
Lesiones por causa externa		No intencionales <input type="checkbox"/>	Intencionales <input type="checkbox"/>
No intencionales			
1. Accidente de tránsito <input type="checkbox"/>	2. Caída <input type="checkbox"/>	3. Mordedura de perro <input type="checkbox"/>	4. Mordedura de gato <input type="checkbox"/>
6. Picadura de abeja <input type="checkbox"/>	7. Picadura de araña <input type="checkbox"/>	8. Cortes <input type="checkbox"/>	9. Amputación o avulsión <input type="checkbox"/>
11. Quemadura <input type="checkbox"/>	13. Contusión superficial <input type="checkbox"/>	12. Policontusión <input type="checkbox"/>	14. Politraumatismo <input type="checkbox"/>
15. Fractura <input type="checkbox"/>			
Otro: _____			
Intencionales			
1. Agresiones <input type="checkbox"/>			
1. Violencia <input type="checkbox"/>		2. Maltrato infantil <input type="checkbox"/>	
1. Interpersonal <input type="checkbox"/>	2. Grupal <input type="checkbox"/>	1. Físico <input type="checkbox"/>	2. Psicológico o emocional <input type="checkbox"/>
Otro: _____		4. Abandono o negligencia <input type="checkbox"/>	3. Sexual <input type="checkbox"/>
		Otro: _____	
2. Autoagresiones <input type="checkbox"/>			
1. Comportamiento suicida <input type="checkbox"/>		2. Autolesiones <input type="checkbox"/>	
III. LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE			
No intencionales			
1. Agente contuso	2. Agente punta filo	3. Agente PAF	4. Agente físico químico
1. Equimosis <input type="checkbox"/>	1. Excoriación <input type="checkbox"/>	1. Único <input type="checkbox"/>	1. Físico
2. Hematoma <input type="checkbox"/>	2. Herida cortante <input type="checkbox"/>	2. Múltiple <input type="checkbox"/>	1. Quemaduras <input type="checkbox"/>
3. Excoriación <input type="checkbox"/>	3. Herida punzante <input type="checkbox"/>	3. Explosivos <input type="checkbox"/>	Otro: _____
4. Caída <input type="checkbox"/>	4. Herida cortopunzante <input type="checkbox"/>	Otro: _____	2. Químico
5. Mordedura <input type="checkbox"/>	5. Herida contusocortante <input type="checkbox"/>		1. Intoxicación por órgano fosforado <input type="checkbox"/>
Otro: _____	Otro: _____		Otro: _____
IV. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES			
Exámen físico		Ubicación de las lesiones	
FC _____	FR _____	1. Cráneo <input type="checkbox"/>	7. Miembros inferiores <input type="checkbox"/>
T° _____	PA _____	2. Cara y cuello <input type="checkbox"/>	8. Glúteos <input type="checkbox"/>
Peso (Kg) _____	Talla (Cm) _____	3. Tórax anterior <input type="checkbox"/>	9. Genitales <input type="checkbox"/>
Glasgow: _____		4. Tórax posterior <input type="checkbox"/>	10. Zona anal o perineal <input type="checkbox"/>
		5. Abdomen <input type="checkbox"/>	11. Múltiples regiones <input type="checkbox"/>
		6. Miembros superiores <input type="checkbox"/>	Otro: _____
En caso de confirmación o sospecha de violencia o maltrato infantil, comunicarse con: FELCV: 800 140348 - 4233133 FELCC: 911 - 4551690 SLIM: 800140205 - 4581868			
		Diagnóstico	Firma/Sello

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordoñez M. Fundamentos de Medicina Legal. 1ra Ed. Mexico.MC GRAW Y HILL. 2014. 75 p.
2. Bustos E, Cabrales RG, Cerón M, Naranjo MY. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2014 Abr [citado 21 de febrero 2021]; 71(2): 68-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200002&lng=es.
3. Bejarano M, Rendón LF. Lesiones de causa externa en menores y mayores de 18 años en un hospital colombiano. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2009; [citado 18 de marzo de 2019]; 25(3):234 41. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n3/234-241/es>
4. Sanmartín J. Maltrato Infantil en la Familia en España. Informe del centro Reina Sofía. Informes Estudios e Investigaciones. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España 2011.
5. Butchart A, Phinney A, Harvey, Mian M, Fűrnis T. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. OMS; [Internet]. 2009. [citado 9 de julio de 2020]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. UNICEF. Ocultos a Plena Luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños. [Internet] 2014. [Citado 18 de abril de 2023]. 8 p. Disponible en:

<https://www.unicef.org/ecuador/media/2436/file/Ocultos%20a%20plena%20luz.pdf>

7. Junco I. Importancia Socio Sanitaria de las Lesiones no Intencionadas en la Infancia. En: Esparza MJ, Mintegi S, coordinadores. Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionales en la edad infantil. [Internet] Madrid España: Asociación Española de Pediatría-Fundación MAPFRE; 2016. [citado 26 agosto de 2018]. 13-31. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-padres-prevenccion-lesiones-no-intencionadas.pdf>
8. Nota de prensa. UNICEF. Presenta seis prioridades de su agenda 2021 para la niñez y la adolescencia en Bolivia. [Internet]. 2021 7 Ene. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/bolivia-plurinational-state/unicef-presenta-seis-prioridades-de-su-agenda-2021-para-la-ni-ez>
9. Notejane M, Bernadá M, González A, Bertinat A. Niños asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell por lesiones de “causas externas”. Años 2008-2016. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2017 Jun [citado 18 de febrero de 2021]; 88(3): 149-156. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492017000300149&lng=es.
10. Ruelas A. Estudio del Maltrato en Niños y Adolescentes Atendidos en el Centro de Salud Viacha, La Paz, Bolivia, Primer Trimestre, 2020. [Tesis maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Posgrado Medicina Forense. 2019. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/29127/TM-1938.pdf?sequence=1&is=Allowed=y>

11. Limbos M, Peek-Asa C. Comparing unintentional and intentional injuries in a school setting. The Journal of school health [Internet]. 2003. [citado 18 de diciembre de 2021]; 73(3), 101–106. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2003.tb03582.x>

12. D. Martínez. G. Lucía. Comportamiento de las lesiones en los pacientes atendidos en la emergencia de niño del Hospital Fernando Vélez Paiz de abril a noviembre 2003. [Internet]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/es/lil-383103>

13. Bejarano M, Rendón LF, Rojas, MC, Durán CA, Albornoz M. Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. 2006 [citado 23 de octubre de 2023]; 21(3):180-189. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534473003>

14. Salazar V, Sandóval O, Mejía H. Prevalencia y mortalidad por accidentes en niños menores de 10 años Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". Rev. bol. ped. [Internet]. 2002 Ago [citado 22 febrero de 2021]; 41(3): 120-124. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752002000300002&lng=es.

15. Mariscal E. Determinación de las Características del Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia Municipio de Caranavi Gestión 2002 – 2006 [tesis maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Posgrado Medicina Forense. 2008.

- 16.** De Pardo EM, Rico D, Ramírez SG, Poma G, Mamani G. Incidencia de niños con maltrato de enero 2008 - julio 2009 en la Defensoría de la niñez. Gac Med Bol [Internet]. 2009 [citado 2024 Mar 29] ; 32(2): 35-38. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662009000200007&lng=es
- 17.** Peredo O. Detección de Casos de Maltrato Físico Infantil en el Hospital del Niño “Manuel Ascencio Villarroel” Cochabamba. 2009. Disponible en: <http://atlas.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/258/1/maltrato%20o%20infantil%20corregido%202009.doc>
- 18.** Padilla N. Características del Maltrato Infantil de Niños y Niñas, menores de 12 Años de edad atendidos en el Instituto de Investigaciones Forenses del Municipio de Sucre, Gestión 2013. [tesis maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Posgrado Medicina Forense. 2016. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/15328/TM-1053.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 19.** Flores D. Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, abril a junio de 2016. [tesis maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Posgrado Medicina Forense. 2016. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/13933/TM-1182.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- 20.** Cordero L. Caracterización de Maltrato Infantil, tipo violencia física en menores de 12 años, que acuden al Hospital General de los Yungas del

municipio de Coroico, La Paz, Bolivia, gestión 2017. [Tesis maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Posgrado Medicina Forense. 2018. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/20827>

21. Tunqui R. Caracterización de casos de Síndrome del Niño Maltratado, variedad negligencia, atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, La Paz – Bolivia, gestión 2018 Propuesta de protocolo específico de valoración médico legal en casos de maltrato infantil. [Tesis maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Posgrado Medicina Forense. 2019. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24057/TM-1557.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22. Trujillo E. “Caracterización de la Violencia Física y Sexual Contra Niños y Niñas Menores de 12 Años, atendidos en la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia de la Ciudad de El Alto, Gestión 2018”. [Tesis maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina. Posgrado Medicina Forense. 2019. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/24031/TM-1541.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos COPREDEH. Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño Versión Comentada.[internet] Guatemala, 2011 [citado 26 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28143.pdf>

24. Gonzales C. Farmacología del paciente pediátrico. Rev. Med. Clin. Condes [internet]. 2016 Sep [citado el 9 de abril de 2024]; 27(5) 652-659. Disponible

en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-farmacologia-del-paciente-pediatrico-S0716864016300918>

25. Junco I. Importancia Socio Sanitaria de las Lesiones no Intencionadas en la Infancia. AEP. [internet] 2016. [citado el 14 de diciembre de 2019]; 13-32. disponible en:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/capitulo_1_0.pdf

26. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, [internet] marzo 2014 [citado el 8 de octubre de 2021]; 71. (2): 68-75. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-epidemiologia-lesiones-no-intencionales-ninos-X1665114614130042>

27. 39º Congreso argentino de pediatría Mesa Redonda: politraumatismo, de la prevención al tratamiento. Lesiones por causas externas. Prevención. [internet] Disponible en:

https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2019/39%20Conarpe/Mi%c3%a9rcoles/miranda_lesiones.pdf

28. ¿Accidentes infantiles o lesiones no intencionales? Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2007 Mar [citado 21 de febrero de 2021];79(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100009&lng=es)

29. Espitia-Hardeman V, Paulozzi L. Manual de capacitación en la vigilancia de las lesiones. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Lesiones;

- [internet] Atlanta, 2005. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/guiapara-elinstructor.pdf>
- 30.** Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, [internet] 2002. Disponible en:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- 31.** Guía Práctica Clínica de Detección Temprana del Abuso Físico Desde el Nacimiento Hasta los 12 Años de Edad, para el primer nivel de atención estado federal México. [internet] 2009. [citado el 30 de abril 2019] Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/400_GPC_MaltratoInfantil/DIF-400-09-GRR_MALTRATO_INFANTIL.pdf
- 32.** Díaz J. Maltrato infantil: detección de casos y manejo desde Atención Primaria. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. [internet] Madrid: Exlibris Ediciones; 2014 [citado el 22 de marzo de 2023] p. 225-34. Disponible en: http://cursosaeppap.exlibrisediciones.com/files/49-211-fichero/maltrato_infantil.pdf
- 33.** Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Maltrato Infantil. Nota Descriptiva Número 150, diciembre 2014. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>
- 34.** Suárez S, Rodríguez J. Protocolos de Pediatría Social, Maltrato Infantil. BOL PEDIATR [internet] 2006 [citado el 8 de octubre de 2019]; 46(SUPL. 1): 119-124. Disponible en:
www.sccalp.org/boletin/46.../BolPediatr2006_46_supl1_119-124.pdf

- 35.** Calzada A. Algunos Aspectos de Interés Sobre la Violencia y el Maltrato Infantil. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. [internet] v.20 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004. [citado el 12 de octubre de 2021] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi115_604.htm
- 36.** Grandini J. Medicina Forense Aplicaciones Teórico Practicas. Ed. Manual Moderno. México. 2009. Pág. 46. Consultado mayo 2016.
- 37.** Jurisprudencia Médica. [internet] Traumatología Forense. 2008. [citado el 10 de enero de 2018] Disponible en: <http://medicinalegalaldia.blogspot.com/2008/01/traumatologa-forense.html>
- 38.** Carreño J. et. Al. Instituto de Medicina Legal del Perú. Guía Médico Legal de Valoración Integral de Lesiones Corporales. [internet]. Lima, Perú. 2014 [Citado el 18 de abril de 2019] Disponible en: <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2020/08/Guia-m%C3%A9dico-legal-de-valoraci%C3%B3n-integral-de-lesiones-corporales-Ministerio-P%C3%ABlico-LP.pdf>
- 39.** SITEAL.PRIMERA INFANCIA. UNESCO. PERFIL DE PAÍS BOLIVIA [Internet]. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/pais/primera-infancia-pdf/bolivia#:~:text=Bolivia%20suscribe%20a%20la%20Convención,dentro%20de%20su%20ordenamiento%20jurídico>
- 40.** Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial del Estado. Publicado en la Edición NCPE. Páginas 111. Fecha de Publicación 2009-02-07. [Internet] [Citado 28 de octubre de 2022]. Disponible en:

<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/app/webroot/archivos/CONSTITUCION.pdf>

- 41.** Ley 548 de 17 de julio de 2014. Código Niña, Niño y Adolescente, Decreto Supremo 2377 de 27 de mayo de 2015 Reglamento a la Ley nº 548 y Decreto supremo 3461 de 18 de enero de 2018 Modificación de art. 33 de D. S. 2377. Impreso por Ministerio de Comunicación del Estado Plurinacional de Bolivia. Para distribución gratuita. Bolivia. (noviembre 2018)
- 42.** Código Penal y Código de Procedimiento Penal Actualizados a 2019. Recopilación realizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Comunidad de Derechos Humanos (CDH) con apoyo de la Embajada de Suecia y la Cooperación Suiza en Bolivia. Gráfica Conceptual. La Paz Bolivia (2019).
- 43.** Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural. Caracterización del Desarrollo Productivo del Departamento de Cochabamba. [Internet]. La Paz Bolivia 2023. [Citado 28 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://siip.produccion.gob.bo/noticias/files/2024-a97c5-Caracterizacion-de-Cochabamba.pdf>
- 44.** Castro T. Cartografía proyecta 3,4 millones de habitantes en Cochabamba para censo. Los Tiempos [internet]. 1 de agosto 2023. [Citado 8 de enero de 2024] Disponible en: [1https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20230801/cartografia-proyecta-34-millones-habitantes-cochabamba-censo](https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20230801/cartografia-proyecta-34-millones-habitantes-cochabamba-censo)
- 45.** Defensa de Niñas y Niños internacional Bolivia. Rastreado las huellas de la violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes Gestión 2021. [internet]

2022. [Citado 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://dni-bolivia.org.bo/wp-content/uploads/2022/03/Rastreando-las-huellas-de-la-violencia-contra-NNAs-2022.pdf>

- 46.** Cano D, Pallero A, Mariscotti S, Busco F. Repensando modalidades de intervención instituidas. Problemáticas de Violencia de Género y Maltrato Infantil en un contexto hospitalario. 1º Congreso Internacional de Ciencias Humanas - Humanidades entre pasado y futuro. Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín Gral. San Martín. [internet] 2019. [Citado 8 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.academica.org/1.congreso.internacional.de.ciencias.humanas/1327>
- 47.** Bustos E, Cabrales RG, Cerón M, Naranjo MY. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2014 Abr [citado 18 de febrero 2021]; 71(2): 68-75. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200002
- 48.** Peden M. et. al. OMS.OPS.UNICEF. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. [Internet] México: Resumen. 2012. [citado el 4 de diciembre de 2022]Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77762/WHO_NMH_VIP08_01_spa.pdf;jsessio
- 49.** Lanchica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad. med. Forense [Internet] Sevilla ene.-jun. 2010. [2 de mayo de 2016] v.16 n.1-2. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfv16n1-2/revision6.pdf>

- 50.** Universidad de Valencia. Investigación en Salud: Diseño Metodológico, Tipo de Estudio. [Internet] Valencia España.[citado el 8 de octubre de 2023] Disponible en: <http://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm>
- 51.** Velasco Rodríguez VM, Martínez Ordaz VA, Roiz Hernández J, Huazano García F, Nieves Rentería A. Muestreo y Tamaño de Muestra: Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. 1a ed. Buenos Aires: e-libro.net; 2003. p. 17-18.
- 52.** Marin A. Trauma Pediátrico. R Mexicana de Anestesiología. [Internet]. 2017 Abr-jun. [citado el 9 de octubre de 2023]. 40(1): S52. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171s.pdf>

XIV. ANEXOS

ANEXOS

ANEXO Nº 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERIZACIÓN DE LESIONES EN MENORES DE 15 AÑOS, SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL "HOSPITAL DEL SUD", COCHABAMBA, BOLIVIA, GESTIÓN 2018 – 2019

FECHA _____
Nº _____

I. DATOS PERSONALES:

1.

SEXO			
M		F	

2.

EDAD	TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA					
	NEONATO	LACTANTE	PREESCOLAR	ESCOLAR	COLEGIAL	

3.

PROCEDENCIA				
CIUDAD		PROVINCIA		OTRO

II. LESIONES

LESIONES POR CAUSA EXTERNA			
NO INTENCIONALES		INTENCIONALES	
1.	ACCIDENTE DE TRANSITO	1.	AGRESIONES:
2.	CAÍDA	1.	VIOLENCIA
3.	MORDEDURA DE PERRO	2.	MALTRATO INFANTIL
4.	MORDEDURA DE GATO	2.	AUTOAGRESIONES

5.	PICADURA DE ALACRÁN			
6.	PICADURA DE ABEJA			
7.	PICADURA DE ARAÑA			
8.	CORTES			
9.	AMPUTACIÓN O AVULSIÓN			
10.	LESIONES DEPORTIVAS			
11.	QUEMADURA			
12.	POLICONTUSIÓN			
13.	POLITRAUMATISMO			
14.	CONTUSIÓN SUPERFICIAL			
15.	OTROS			

III. LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

LESIONES NO INTENCIONALES		LESIONES INTENCIONALES		
		AGRESIONES		AUTOAGRESIONES
		VIOLENCIA	MALTRATO INFANTIL	
1.AGENTE CONTUSO:				
1. EQUIMOSIS				
2. HEMATOMA				
3. EXCORIACIÓN				
4. CAÍDA				
5. MORDEDURA				
2.AGENTE PUNTA FILO				
1. EXCORIACIÓN				
2. HERIDA CORTANTE				

3. HERIDA PUNZANTE			
4. HERIDA CORTOPUNZANTE			
5. HERIDA CONTUSOCORTANTE			
3.AGENTE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO PAF			
1. ÚNICO			
2. MÚLTIPLE			
3. EXPLOSIVOS			
4.AGENTE FÍSICO QUIMICOS			
1. QUEMADURAS			
2. OTRO			

IV. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES

UBICACIÓN DE LAS LESIONES	LESIONES NO INTENCIONALES	LESIONES INTENCIONALES
1. Cráneo		
2. Cara y cuello		
3. Tórax anterior y posterior		
4. Abdomen		
5. Miembros superiores.		
6. Miembros inferiores		
7. Múltiples Regiones		

ANEXO N° 2: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR PROFESIONALES:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERIZACIÓN DE LESIONES EN MENORES DE 15 AÑOS, SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL "HOSPITAL DEL SUD", COCHABAMBA, BOLIVIA, GESTIÓN 2018 – 2019

FECHA _____
N° _____

I. DATOS PERSONALES:

1.

SEXO		
M	F	

2.

EDAD	TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA				
	NEONATO	LACTANTE	PREESCOLAR	ESCOLAR	COLEGIAL

3.

PROCEDENCIA				
CIUDAD		PROVINCIA		OTRO

II. LESIONES

LESIONES POR CAUSA EXTERNA			
NO INTENCIONALES		INTENCIONALES	
1.	ACCIDENTE DE TRANSITO	1.	AGRESIONES:
2.	CAÍDA	1.	VIOLENCIA
3.	MORDEDURA DE PERRO	2.	MALTRATO INFANTIL
4.	MORDEDURA DE GATO	2.	AUTOAGRESIONES



5.	PICADURA DE ALACRÁN			
6.	PICADURA DE ABEJA			
7.	PICADURA DE ARAÑA			
8.	CORTES			
9.	AMPUTACIÓN O AVULSIÓN			
10.	LESIONES DEPORTIVAS			
11.	QUEMADURA			
12.	POLICONTUSIÓN			
13.	POLITRAUMATISMO			
14.	CONTUSIÓN SUPERFICIAL			
15.	OTROS			

III. LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

LESIONES NO INTENCIONALES		LESIONES INTENCIONALES		
		AGRESIONES		AUTOAGRESIONES
		VIOLENCIA	MALTRATO INFANTIL	
1. AGENTE CONTUSO:				
1.	EQUIMOSIS			
2.	HEMATOMA			
3.	EXCORIACIÓN			
4.	CAÍDA			
5.	MORDEDURA			
2. AGENTE PUNTA FILO				
1.	EXCORIACIÓN			
2.	HERIDA CORTANTE			



3. HERIDA PUNZANTE			
4. HERIDA CORTOPUNZANTE			
5. HERIDA CONTUSOCORTANTE			
3.AGENTE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO PAF			
1. ÚNICO			
2. MÚLTIPLE			
3. EXPLOSIVOS			
4.AGENTE FÍSICO QUÍMICOS			
1. QUEMADURAS			
2. OTRO			

IV. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES

UBICACIÓN DE LAS LESIONES	LESIONES NO INTENCIONALES	LESIONES INTENCIONALES
1. Cráneo		
2. Cara y cuello		
3. Tórax anterior y posterior		
4. Abdomen		
5. Miembros superiores.		
6. Miembros inferiores		
7. Múltiples Regiones		

REVISADO Y VALIDADO POR:

Dr. M. Arce Villarroel
 PEDIATRA
 MP V-2104 - CMB V-411



CARACTERIZACIÓN DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE 15 AÑOS, SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL "HOSPITAL DEL SUR", COCHABAMBA, BOLIVIA, GESTIÓN 2018 – 2019

FECHA _____
N° _____

I. DATOS PERSONALES:

1.

SEXO	
M	F

2.

EDAD	TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA				
	NEONATO	LACTANTE	PREESCOLAR	ESCOLAR	COLEGIAL

3.

PROCEDENCIA				
CIUDAD		PROVINCIA		OTRO

II. LESIONES

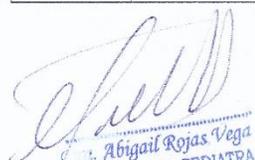
LESIONES POR CAUSA EXTERNA			
NO INTENCIONALES		INTENCIONALES	
1.	ACCIDENTE DE TRANSITO		1.AGRESIONES:
2.	CAÍDA		1. VIOLENCIA
3.	MORDEDURA DE PERRO		2. MALTRATO INFANTIL
4.	MORDEDURA DE GATO		2.AUTOAGRESIONES
5.	PICADURA DE ALACRÁN		
6.	PICADURA DE ABEJA		
7.	PICADURA DE ARAÑA		
8.	CORTES		
9.	AMPUTACIÓN O AVULSIÓN		


 Abigail Rojas Vega
 MÉDICO PEDIATRA
 M.P.R. 3231 M.C.M. R-0740

10.	LESIONES DEPORTIVAS			
11.	QUEMADURA			
12.	POLICONTUSIÓN			
13.	POLITRAUMATISMO			
14.	CONTUSIÓN SUPERFICIAL			
15.	OTROS			

III. LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

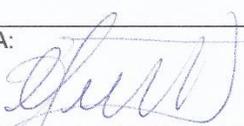
		LESIONES INTENCIONALES		
		AGRESIONES		AUTOAGRESIONES
		VIOLENCIA	MALTRATO INFANTIL	
1.AGENTE CONTUSO:				
1. EQUIMOSIS				
2. HEMATOMA				
3. EXCORIACIÓN				
4. CAÍDA				
5. MORDEDURA				
2.AGENTE PUNTA FILO				
1. EXCORIACIÓN				
2. HERIDA CORTANTE				
3. HERIDA PUNZANTE				
4. HERIDA CORTOPUNZANTE				
5. HERIDA CONTUSOCORTANTE				
3.AGENTE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO PAF				
1. ÚNICO				
2. MÚLTIPLE				
3. EXPLOSIVOS				
4.AGENTE FÍSICO QUÍMICOS				
1. QUEMADURAS				


 Abigail Rojas Vega
 MÉDICO PEDIATRA
 M.P. R- 3231 M.C.M. R- 0740

IV. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES

UBICACIÓN DE LAS LESIONES	LESIONES NO INTENCIONALES	LESIONES INTENCIONALES
1. Cráneo		
2. Cara y cuello		
3. Tórax anterior y posterior		
4. Abdomen		
5. Miembros superiores.		
6. miembros inferiores		
7. Múltiples Regiones		

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

VALIDADO POR: Dra. Abigail Rojas Vega	C.I. 7017731 LP
FIRMA: 	INSTITUCION DONDE TRABAJA: Hospital del Norte
PIE DE FIRMA (sello) 	FECHA 08 agosto de 2023


Abigail Rojas Vega
MÉDICO PEDIATRA
M.P. R-3231 M.C.M. R-0740

**CARACTERIZACIÓN DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE
15 AÑOS, SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL "HOSPITAL DEL SUD",
COCHABAMBA, BOLIVIA, GESTIÓN 2018 – 2019**

FECHA _____
N° _____

I. DATOS PERSONALES:

1.

SEXO	
M	F

2.

EDAD	TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA				
	NEONATO	LACTANTE	PREESCOLAR	ESCOLAR	COLEGIAL

3.

PROCEDENCIA				
CIUDAD		PROVINCIA		OTRO

II. LESIONES

LESIONES POR CAUSA EXTERNA			
NO INTENCIONALES		INTENCIONALES	
1.	ACCIDENTE DE TRANSITO		1.AGRESIONES:
2.	CAÍDA		1. VIOLENCIA
3.	MORDEDURA DE PERRO		2. MALTRATO INFANTIL
4.	MORDEDURA DE GATO		2.AUTOAGRESIONES
5.	PICADURA DE ALACRÁN		
6.	PICADURA DE ABEJA		
7.	PICADURA DE ARAÑA		
8.	CORTES		
9.	AMPUTACIÓN O AVULSIÓN		

10.	LESIONES DEPORTIVAS			
11.	QUEMADURA			
12.	POLICONTUSIÓN			
13.	POLITRAUMATISMO			
14.	CONTUSIÓN SUPERFICIAL			
15.	OTROS			

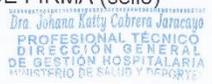
III. LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

LESIONES NO INTENCIONALES	LESIONES INTENCIONALES		
	AGRESIONES		AUTOAGRESIONES
	VIOLENCIA	MALTRATO INFANTIL	
1.AGENTE CONTUSO:			
1. EQUIMOSIS			
2. HEMATOMA			
3. EXCORIACIÓN			
4. CAÍDA			
5. MORDEDURA			
2.AGENTE PUNTA FILO			
1. EXCORIACIÓN			
2. HERIDA CORTANTE			
3. HERIDA PUNZANTE			
4. HERIDA CORTOPUNZANTE			
5. HERIDA CONTUSOCORTANTE			
3.AGENTE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO PAF			
1. ÚNICO			
2. MÚLTIPLE			
3. EXPLOSIVOS			
4.AGENTE FÍSICO QUÍMICOS			
1. QUEMADURAS			

IV. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES

UBICACIÓN DE LAS LESIONES	LESIONES NO INTENCIONALES	LESIONES INTENCIONALES
1. Cráneo		
2. Cara y cuello		
3. Tórax anterior y posterior		
4. Abdomen		
5. Miembros superiores.		
6. miembros inferiores		
7. Múltiples Regiones		

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

VALIDADO POR: Dra. Johana Katty Cabrera Jaracayo	C.I. 6895646 LP
FIRMA: 	INSTITUCION DONDE TRABAJA: Ministerio de Salud y Deportes
PIE DE FIRMA (sello) 	FECHA 22 de agosto 2023

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERIZACIÓN DE LESIONES EN MENORES DE 15 AÑOS, SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL "HOSPITAL DEL SUD", COCHABAMBA, BOLIVIA, GESTIÓN 2018 – 2019

FECHA _____
N° _____

I. DATOS PERSONALES:

1.

SEXO	
M	F

2.

EDAD	TIPIFICACIÓN DE LA INFANCIA				
	NEONATO	LACTANTE	PREESCOLAR	ESCOLAR	COLEGIAL

3.

PROCEDENCIA				
CIUDAD		PROVINCIA		OTRO

II. LESIONES

LESIONES POR CAUSA EXTERNA			
NO INTENCIONALES		INTENCIONALES	
1.	ACCIDENTE DE TRANSITO	1.	AGRESIONES:
2.	CAÍDA	1.	VIOLENCIA
3.	MORDEDURA DE PERRO	2.	MALTRATO INFANTIL
4.	MORDEDURA DE GATO	2.	AUTOAGRESIONES



5.	PICADURA DE ALACRÁN			
6.	PICADURA DE ABEJA			
7.	PICADURA DE ARAÑA			
8.	CORTES			
9.	AMPUTACIÓN O AVULSIÓN			
10.	LESIONES DEPORTIVAS			
11.	QUEMADURA			
12.	POLICONTUSIÓN			
13.	POLITRAUMATISMO			
14.	CONTUSIÓN SUPERFICIAL			
15.	OTROS			

III. LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

LESIONES NO INTENCIONALES		LESIONES INTENCIONALES		
		AGRESIONES		AUTOAGRESIONES
		VIOLENCIA	MALTRATO INFANTIL	
1. AGENTE CONTUSO:				
1.	EQUIMOSIS			
2.	HEMATOMA			
3.	EXCORIACIÓN			
4.	CAÍDA			
5.	MORDEDURA			
2. AGENTE PUNTA FILO				
1.	EXCORIACIÓN			
2.	HERIDA CORTANTE			



3. HERIDA PUNZANTE			
4. HERIDA CORTOPUNZANTE			
5. HERIDA CONTUSOCORTANTE			
3.AGENTE PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO PAF			
1. ÚNICO			
2. MÚLTIPLE			
3. EXPLOSIVOS			
4.AGENTE FÍSICO QUÍMICOS			
1. QUEMADURAS			
2. OTRO			

IV. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES E INTENCIONALES

UBICACIÓN DE LAS LESIONES	LESIONES NO INTENCIONALES	LESIONES INTENCIONALES
1. Cráneo		
2. Cara y cuello		
3. Tórax anterior y posterior		
4. Abdomen		
5. Miembros superiores.		
6. Miembros inferiores		
7. Múltiples Regiones		

REVISADO Y VALIDADO POR:

Oscar Huancá Seja
Dr. Oscar Huancá Seja
 MEDICO CIRUJANO
 M^º H-357 M.C.M. H-00



ANEXO Nº 3: CARTA DIRIGIDA A LA DR. RICARDO CÉSPEDES SANABRIA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL SUR DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA.

Cochabamba, 18 de Septiembre del 2019

Señor:

Dr. MSc. Ricardo Céspedes Sanabria

DIRECTOR HOSPITAL DE SUD COCHABAMBA

Presente.-

REF. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO CARACTERIZACIÓN DE LESIONES EN NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL EN EL "HOSPITAL DEL SUR", COCHABAMBA-BOLIVIA, DESDE SU CREACIÓN HASTA PRIMER SEMESTRE DE LA GESTIÓN 2019

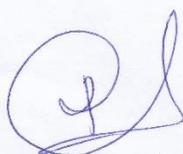
De mi mayor consideración:

Mediante la presente, es grato dirigirme a su autoridad expresándole mis sinceros saludos cordiales, solicitándole la autorización correspondiente que amerita, para poder realizar en su prestigiosa institución, la elaboración de mi Tesis de Grado de la Maestría en Medicina Forense, la cual lleva por Título: **CARACTERIZACIÓN DE LESIONES EN NIÑOS Y NIÑAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL EN EL "HOSPITAL DEL SUR" COCHABAMBA-BOLIVIA, DESDE SU CREACIÓN HASTA PRIMER SEMESTRE DE LA GESTIÓN 2019.**

Para este fin se realizará la recolección de datos de expedientes clínicos, historias clínicas y datos estadísticos, del Hospital. Del mismo modo a la presente adjunto mi perfil de Tesis con el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y la herramienta de recolección. También una carta de presentación y fotocopia simple de mi carnet de identidad.

Sin otro particular, esperando su respuesta positiva, me despido siempre deseándole éxitos en la sacrificada labor que desempeña, en beneficio de la Población.

Atentamente:



Dr. Ricardo Céspedes Sanabria
DIRECTOR

Sr. Mauricio Rojas de Silvestre
Pueden d
a usted a través
de la



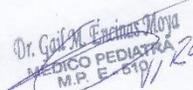
Dra. Ana Violeta Miranda Peña

C. I. 7879613 Cbba.



Lic. Maribel R. Orellana Prado
JEFA DE ENFERMERAS
HOSPITAL DEL SUR CBBA

R 20-09-2019
HS 10:15 am



Dr. Gail M. Encinas Moya
MÉDICO PEDIATRA
M.P.E. 810

ANEXO Nº 4: PROPUESTA DE FICHA DE REGISTRO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE 15 AÑOS, PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL SUD.

Mediante el programa Adobe Illustrator 2020, se elaboró en base a la revisión bibliográfica y los resultados del presente estudio, una propuesta de ficha de registro de lesiones por causa externa en menores de 15 años, para el Servicio de Emergencias del Hospital del Sud Cochabamba-Bolivia, originalmente está pensado para fines prácticos en una hoja tamaño oficio, ya que el formato de la hoja de emergencias de las historias clínicas es en esta dimensión.



FICHA DE REGISTRO DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA EN MENORES DE 15 AÑOS PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL SUD - COCHABAMBA, BOLIVIA



Nº de ficha:

Nº de historia clínica:

Médico:

Fecha:

I. DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: _____ Sexo: F M
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

C.I.: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Ciudad Provincia Otro

Nombre padre/madre/tutor: _____ C.I.: _____ Cel/Telf: _____

II. LESIONES

Características del hecho

Lugar: _____ Fecha: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: _____ Horas _____ Minutos _____

¿Qué estaba haciendo? _____

Lesiones por causa externa No intencionales Intencionales

No intencionales

1. Accidente de tránsito <input type="checkbox"/>	2. Caída <input type="checkbox"/>	3. Mordedura de perro <input type="checkbox"/>	4. Mordedura de gato <input type="checkbox"/>	5. Picadura de alacrán <input type="checkbox"/>
6. Picadura de abeja <input type="checkbox"/>	7. Picadura de araña <input type="checkbox"/>	8. Cortes <input type="checkbox"/>	9. Amputación o avulsión <input type="checkbox"/>	10. Lesiones deportivas <input type="checkbox"/>
11. Quemadura <input type="checkbox"/>	13. Contusión superficial <input type="checkbox"/>	12. Policontusión <input type="checkbox"/>	14. Politraumatismo <input type="checkbox"/>	15. Fractura <input type="checkbox"/>

Otro: _____

Intencionales

1. Agresiones

1. Violencia 2. Maltrato infantil

1. Interpersonal <input type="checkbox"/>	2. Grupal <input type="checkbox"/>	1. Físico <input type="checkbox"/>	2. Psicológico o emocional <input type="checkbox"/>	3. Sexual <input type="checkbox"/>
Otro: _____		4. Abandono o negligencia <input type="checkbox"/>	Otro: _____	

2. Autoagresiones

1. Comportamiento suicida 2. Autolesiones

III. LESIONES SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

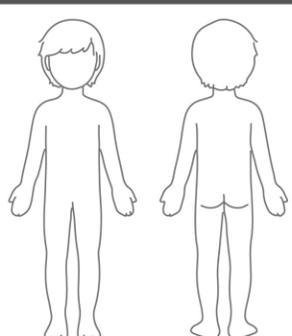
No intencionales

1. Agente contuso	2. Agente punta filo	3. Agente PAF	4. Agente físico químico
1. Equimosis <input type="checkbox"/>	1. Excoriación <input type="checkbox"/>	1. Único <input type="checkbox"/>	1. Físico
2. Hematoma <input type="checkbox"/>	2. Herida cortante <input type="checkbox"/>	2. Múltiple <input type="checkbox"/>	1. Quemaduras <input type="checkbox"/>
3. Excoriación <input type="checkbox"/>	3. Herida punzante <input type="checkbox"/>	3. Explosivos <input type="checkbox"/>	Otro: _____
4. Caída <input type="checkbox"/>	4. Herida cortopunzante <input type="checkbox"/>	Otro: _____	2. Químico
5. Mordedura <input type="checkbox"/>	5. Herida contusocortante <input type="checkbox"/>		1. Intoxicación por órgano fosforado <input type="checkbox"/>
Otro: _____	Otro: _____		Otro: _____

IV. UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES

Exámen físico

FC _____ FR _____
 T° _____ PA _____
 Peso (Kg) _____ Talla (Cm) _____
 Glasgow: _____



Ubicación de las lesiones

1. Cráneo <input type="checkbox"/>	7. Miembros inferiores <input type="checkbox"/>
2. Cara y cuello <input type="checkbox"/>	8. Glúteos <input type="checkbox"/>
3. Tórax anterior <input type="checkbox"/>	9. Genitales <input type="checkbox"/>
4. Tórax posterior <input type="checkbox"/>	10. Zona anal o perineal <input type="checkbox"/>
5. Abdomen <input type="checkbox"/>	11. Múltiples regiones <input type="checkbox"/>
6. Miembros superiores <input type="checkbox"/>	Otro: _____

Diagnóstico	Firma/Sello

En caso de confirmación o sospecha de violencia o maltrato infantil, comunicarse con:
 FELCV: 800 140348 - 4233133
 FELCC: 911 - 4551690
 SLIM: 800140205 - 4581868