



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, Diciembre 2017

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

Las suscritas

Andrea Carolina Ricaurte Botina, con C.C. No. 1075290371,

José Duvan Tovar Ramírez, con C.C. No. 1075295299,

Martha Lucia Castaño Montero, con C.C. No. 1077852537,

Victor David Trujillo Lombana, con C.C. No. 1075290483,

Autores de la tesis y/o trabajo de grado titulado “recurrencia y reingreso al servicio de hospitalización pediatría por casos de sospecha de violencia en el HUHMP durante 2016” presentado y aprobado en el año 2017 como requisito para optar el título de enfermero(a).

Autorizamos al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores" , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Martha Lucía Montero C.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: [Firma manuscrita]

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Andrea Carolina Picariste

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Juan David Torres Ramiro



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Recurrencia Y Reingreso Al Servicio De Hospitalización Pediatría Por Casos De Sospecha De Violencia En El Huhmp Durante 2016

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ricaurte Botina	Andrea Carolina
Tovar Ramírez	José Duvan
Montero Castaño	Martha Lucia
Trujillo Lombana2	Víctor David

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Salas Contreras	Francy Hollminn

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermeros

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2017

NÚMERO DE PÁGINAS: 71

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Vigilada mieducación



Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___
Tablas o Cuadros_x_

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Violencia	Violence	6. Pediatría	pediatrics
2. Reingreso	Re-entry	7.	
3. Recurrencia	Recurrence	8.	
4. Hospitalización	Hospitalization	9.	
5. Maltrato	Mistreatment	10.	

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

La violencia contra los niños y niñas se da en todos los países del mundo, en distintas formas e intensidad y a menudo están arraigadas en prácticas culturales, económicas y sociales.

El objetivo de este estudio fue identificar la recurrencia y reingreso al servicio de hospitalización pediatría por casos de sospecha de violencia en el HUHMP durante el 2016.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el cual se incluyeron 104 historias clínicas de niños (edades entre 0 a 14 años) con sospecha de violencia y asociadas a esta, que fueron atendidos en el servicio de hospitalización pediatría del HUHMP de enero a diciembre del 2016. Se utilizó una herramienta virtual (Formulario de google) que permitió la recolección de la información, igualmente se revisó la notificación de las fichas por



violencia reportadas por el servicio.

Los resultados obtenidos señalan que tanto los reingresos con el 15,4% y las recurrencias con el 3.8% por sospecha de violencia son eventos que se presentan en el servicio de hospitalización pediatria, predominando los reingresos por secuelas y complicaciones de las quemaduras y recurrencias por fractura, enfermedad diarreica aguda, contusión y violencia física. Cabe resaltar que en el servicio no se cuenta con un registro de los casos que reingresan y recurren por sospecha de violencia.

Por último, se hace necesario que el servicio de hospitalización pediatria implemente un protocolo con el fin de estandarizar los manejos pertinentes a estos temas, y así modificar estilos y rutas de atención contextualizadas a la región.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Violence against children occurs in all countries of the world, in different forms and intensity and is often rooted in cultural, economic and social practices.

The objective of this study is to identify the recurrence and re-entry to the pediatric hospitalization service for cases of suspected violence in the HUHMP during 2016.

A cross-sectional descriptive study was carried out, which included 104 clinical records of children (ages 0 to 14 years) with suspected violence and associated with it, who were treated in the pediatric hospitalization service of the HUHMP from January to December. 2016. A virtual tool (google form) was used that allowed the collection of the information, as well as the notification of the files for violence reported by the service.

The results obtained indicate that both re-admissions with 15.4% and recurrences with 3.8% due to suspicion of violence are events that occur in the pediatric hospitalization service, predominantly re-admissions due to sequelae and complications of burns and recurrences. fracture, Eda, contusion and physical violence. It should be noted that the service does not have a registry of cases that reenter and recur due to suspected violence.

Finally, it is necessary that the pediatric hospitalization service implements a protocol in order to standardize the relevant management of these issues, and thus modify styles and care routes contextualized to the región.



APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: *Juan Camilo Calderón Farfán*

Firma:

Nombre Jurado: *Francy M. Salas c.*

Firma:

RECURRENCIA Y REINGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
PEDIATRÍA POR CASOS DE SOSPECHA DE VIOLENCIA EN EL HUHMP
DURANTE 2016

MARTHA LUCIA MONTERO CASTAÑO
ANDREA CAROLINA RICAURTE BOTINA
VÍCTOR DAVID TRUJILLO
JOSÉ DUVAN TOVAR RAMIREZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA / HUILA
2017

RECURRENCIA Y REINGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
PEDIATRÍA POR CASOS DE SOSPECHA DE VIOLENCIA EN EL HUHMP
DURANTE 2016

MARTHA LUCIA MONTERO CASTAÑO
ANDREA CAROLINA RICAURTE BOTINA
VÍCTOR DAVID TRUJILLO LOMBANA
JOSÉ DUVAN TOVAR RAMIREZ

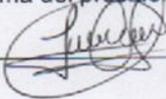
Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar al título de
Enfermera (o)

ASESOR:
FRANCY HOLLMINN SALAS CONTRERAS
Especialista en Gerencia Bioética
MG. Dirección de empresas / educación y desarrollo comunitario

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA / HUILA
2017

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado



Francisco H. Lasso G.
Firma del jurado

Neiva, 05 de Diciembre 2017

DEDICATORIA

Primero que todo a Dios por guiarme y permitirme un logro más en mi vida, a mis padres por brindarme su apoyo y buen ejemplo que han hecho de mí una persona con ideales y con gran visión “lograr lo que uno se propone”.

A nuestra asesora por su paciencia, tiempo y dedicación.

Andrea Carolina.

A Dios por verme dado la sabiduría, a mis padres por su amor y apoyo incondicional, a mis hermanas por su motivación permanente, a mi sobrino Juan Pablo que llego a completar y a iluminar nuestra familia y a nuestra asesora por su tiempo y dedicación.

Martha Lucia.

A mis padres y hermanos que por medio de sus enseñanzas me hicieron el ser que soy actualmente y que son la fuerza que me impulsa a seguir con mis ideales a pesar de mis virtudes y defectos que como persona tengo.

José Duvan

A Dios por darme la oportunidad de adquirir cada día más conocimiento por tenerme gozando de buena salud, mi familia que ha sido un apoyo incondicional por ellos me esfuerzo cada día más para ser mejor persona, y ser un excelente profesional, a la asesora del proyecto por su paciencia, tiempo y dedicación para llevar a cabo este proyecto.

Víctor David.

AGRADECIMIENTOS

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que de alguna forma, hicieron parte de este estudio y colaboraron en su culminación.

A Dios por darnos la sabiduría y entendimiento para finalizar este proyecto.

Nuestros sinceros agradecimientos están dirigidos en especial a nuestra asesora: la Dra. Francy Hollminn Contreras, por toda la paciencia, compromiso y dedicación, durante el proceso de esta investigación, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitió en el desarrollo de nuestra formación profesional, por haber guiado este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

A Jesús David Falla, por su tiempo, colaboración y precisas orientaciones para la realización del instrumento en la población objeto de nuestra investigación.

Agradecemos la colaboración del Hospital Universitario Hernando Moncaleano, por apoyar nuestra investigación y permitirnos la realización de la misma.

RESUMEN

La violencia contra los niños y niñas se da en todos los países del mundo, en distintas formas e intensidad y a menudo están arraigadas en prácticas culturales, económicas y sociales.

El objetivo de este estudio fue identificar la recurrencia y reingreso al servicio de hospitalización pediatría por casos de sospecha de violencia en el HUHMP durante el 2016.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el cual se incluyeron 104 historias clínicas de niños (edades entre 0 a 14 años) con sospecha de violencia y asociadas a esta, que fueron atendidos en el servicio de hospitalización pediatría del HUHMP de enero a diciembre del 2016. Se utilizó una herramienta virtual (Formulario de google) que permitió la recolección de la información, igualmente se revisó la notificación de las fichas por violencia reportadas por el servicio.

Los resultados obtenidos señalan que tanto los reingresos con el 15,4% y las recurrencias con el 3.8% por sospecha de violencia son eventos que se presentan en el servicio de hospitalización pediatría, predominando los reingresos por secuelas y complicaciones de las quemaduras y recurrencias por fractura, Eda, contusión y violencia física. Cabe resaltar que en el servicio no se cuenta con un registro de los casos que reingresan y recurren por sospecha de violencia.

Por último, se hace necesario que el servicio de hospitalización pediatría implemente un protocolo con el fin de estandarizar los manejos pertinentes a estos temas, y así modificar estilos y rutas de atención contextualizadas a la región.

(Palabras Claves: Violencia, Recurrencia, Reingreso, Hospitalización, Maltrato, Pediatría).

ABSTRACT

Violence against children occurs in all countries of the world, in different forms and intensity and is often rooted in cultural, economic and social practices.

The objective of this study is to identify the recurrence and re-entry to the pediatric hospitalization service for cases of suspected violence in the HUHMP during 2016.

A cross-sectional descriptive study was carried out, which included 104 clinical records of children (ages 0 to 14 years) with suspected violence and associated with it, who were treated in the pediatric hospitalization service of the HUHMP from January to December. 2016. A virtual tool (google form) was used that allowed the collection of the information, as well as the notification of the files for violence reported by the service.

The results obtained indicate that both re-admissions with 15.4% and recurrences with 3.8% due to suspicion of violence are events that occur in the pediatric hospitalization service, predominantly re-admissions due to sequelae and complications of burns and recurrences. fracture, Eda, contusion and physical violence. It should be noted that the service does not have a registry of cases that reenter and recur due to suspected violence.

Finally, it is necessary that the pediatric hospitalization service implements a protocol in order to standardize the relevant management of these issues, and thus modify styles and care routes contextualized to the región.

Keywords: Violence, Re-entry, Recurrence, Hospitalization, Mistreatment, Pediatrics

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. JUSTIFICACION	16
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	18
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
4. MARCO DE REFERENCIA	22
4.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA	22
4.2 FUNDAMENTOS TEORICOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA	24
4.3 FUNDAMENTOS NORMATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA	28
5. DISEÑO METODOLOGICO	31
5.1 TIPO DE ESTUDIO	31
5.2 POBLACIÓN	31
5.3 MUESTRA	31
5.3.1 Criterios de selección.	31
5.3.2 Criterios de inclusión.	32
5.3.3 Criterios de exclusión.	32
5.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32

	<u>pág.</u>
5.5. INSTRUMENTOS	32
5.6 PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	32
5.7 PLAN DE ANÁLISIS	33
6. CONSIDERACIONES ETICAS Y BIOETICAS	34
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	35
8. RESULTADOS	40
9. DISCUSION	46
10. CONCLUSIONES	51
11. RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	60

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Operacionalización de variables de historias clínicas	35-359
Tabla 2. Operacionalización de variables para protocolo de violencia sexual	40

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Tipo de patología al ingreso	41
Gráfica 2. Tipo de patología al reingreso	41
Gráfica 3. Recurrencia por tipos de patología Vs Recurrencia por sospecha de violencia	42
Gráfica 4 y 5. Prevalencia de niños y niñas que reingresan y recurren al servicio de hospitalización pediatria	42
Gráfica 6. Numero de reingresos de niños y niñas	43
Gráfica 7. Diagnósticos asociados a violencia	43
Gráfica 8. Tipo de agresor	44
Gráfica 9. Ingreso por tipo de sospecha de violencia según el sexo	44
Gráfica 10. Recurrencia por tipo de sospecha de violencia según el sexo	45

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Acuerdo de confidencialidad para investigadores	61
Anexo B. Acta de aprobación del comité de ética, bioética e Investigación del HUHMP	63
Anexo C. Ficha de notificación de violencia	65
Anexo D. Instrumento para la recolección de información de Casos de sospecha de violencia y asociados – instrumento (Google)	66

LISTA DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	TÉRMINO
OMS	Organización Mundial de la salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund)
HUHMP	Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
CIE - 10	Clasificación Internacional de Enfermedades – décima versión
USCO	Universidad Surcolombiana
MI	Maltrato infantil

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es una forma de atentar contra la integridad física, psicológica, emocional y social Incluyendo abandono, negligencia o abuso sexual de los niños y niñas de manera intencional, ya sea de forma pasiva o activa, ocasionando daño que en la mayoría de sus casos es irreversible generando traumas psicológicos o trastornos mentales como rechazo, inseguridad y miedo.

El maltrato infantil es considerado un acto que vulnera los derechos fundamentales de los niños establecidos en la constitución política de Colombia, teniendo en cuenta que hay una serie de normas y leyes constituidas que protegen la población infantil ante estos casos de violencia, se pueden judicializar a toda las persona que generen el delito de maltrato infantil.

Reconocido por la Asamblea Médica Mundial como un problema universal de salud, el maltrato infantil no solo resulta denigrante e inhumano, sino que se acompaña de altas tasas de mortalidad y morbilidad que afectan profundamente la calidad de vida de sus víctimas.

Las características propias del Maltrato infantil hacen que el conocimiento real de su frecuencia sea desconocido. La naturaleza del problema, el hecho de que un gran número de casos se produzca dentro de la familia, el miedo a la denuncia, condicionan el desconocimiento del número real de casos. La falta de notificación por parte de los profesionales también ha contribuido al desconocimiento de la realidad, pero actualmente existe la obligatoriedad de declaración de los casos de maltrato infantil.¹

Respecto a lo anterior es importante Identificar la recurrencia y reingreso al servicio de hospitalización pediatría por casos de sospecha de violencia en el HUHMP durante el 2016, con el propósito de no pasar por alto estos casos asociados a violencia infantil, Ya que un niño maltratado no presenta a veces signos manifiestos de haber sido golpeado, pero muestra múltiples señales clínicas menores de privación emocional y, en ocasiones, de privación nutritiva, olvido y abuso por esta razón se debe tener más claridad y manejo de estos casos que afecta a niños y niñas tanto a nivel local, nacional y mundial.²

¹1. BELLINZONA DG, DECUADRO M, CHARCZEWSKI G, RUBIO I. Maltrato infantil y abuso sexual, Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001. Rev Med Uruguay. 2005;(21):59–67.

² VILLAROEEL GM. Niños en la calle, maltrato y función pública. Cuaderno de divulgación del IDID La Paz. 2001; 11(3):2–6.

Es de vital importancia tener conocimiento acerca de todas las causas o sucesos que pueden estar relacionados con maltrato infantil, ir más allá indagar un poco más acerca del diagnóstico que se le da al paciente que puede estar asociado a un maltrato propiciado por alguna persona de su núcleo familiar o allegados a la familia y así mismo brindarles una atención integral y de calidad.

Para llevar a cabo el objetivo planteado se realizó un estudio cuantitativo de diseño descriptivo retrospectivo de corte transversal en donde se describieron los casos en los cuales hubo reingresos y recurrencia por dx asociados a violencia en el servicio de hospitalización pediatría durante el año 2016, para la recolección de dicha información se hizo una revisión de las historias clínicas de todos los casos de violencia y asociados a esta durante el año 2016, el instrumento que utilizamos para recopilar toda la información es una herramienta virtual de Google donde se creó un formulario en este se incluyó a todas las variables del estudio permitiendo la recolección de la información de las historias clínicas, para generar la base de datos en Excel, Igualmente se revisó la notificación de las fichas por violencia reportadas por el servicio.

En la descripción de los reingresos y recurrencias por casos de sospecha de violencia se tuvo en cuenta los niños y niñas diagnosticados con violencia o asociados a esta (desnutrición, fracturas, quemaduras, deshidratación, heridas) en el servicio de hospitalización pediatría del HUHMP durante el año 2016, en los cuales se midieron la frecuencia de la edad, sexo, régimen, área de residencia, los tipos de patología, patología con sospecha de violencia, tipo de agresor. Cabe resaltar que el estudio es relevante porque el hospital universitario recibe pacientes del departamento del Huila y de la región sur colombiana.

Para la organización y análisis de la información realizó mediante estadística descriptiva utilizando el software SPSS versión 23, para variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central y medidas de dispersión, para variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y relativas.

Es elemental tomar medidas específicas sobre esta problemática con el propósito de disminuir las tasas de maltrato infantil, permitiendo así la oportunidad en los niños y niñas de presentar un adecuado desarrollo e integración social que les permita surgir como personas integra.

1. JUSTIFICACION

Los niños son víctimas de niveles alarmantes de violencia, a menudo a manos de quienes deberían protegerlos. Gran parte de la violencia sufrida por los menores de 14 años ocurre en el hogar, a manos de sus padres, cuidadores y familiares. Las consecuencias de esta violencia ponen en peligro su salud y desarrollo, y pueden perdurar hasta la edad adulta, teniendo efectos negativos sobre la salud y aumentando el riesgo de que sufran o cometan ellos mismos nuevos actos de violencia.³

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como:

Actos de violencia (como víctimas o perpetradores); depresión; Consumo de tabaco; obesidad; comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados; consumo indebido de alcohol y drogas.

A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual.⁴

EL hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo es una de las principales instituciones receptoras de la población a nivel sur colombiano que cuenta con profesionales y equipo de salud de alta calidad. Se le pregunto a la institución sobre el manejo que llevaban de los pacientes (niños y niñas) víctimas de violencia o asociados a estos, el cual nos refieren que no llevan tal control de los niños y niñas que reingresaban o recurrían al servicio a causa de violencia o asociados a esta, conociendo esta falencia nosotros como grupo de investigación decidimos crear una base de datos donde se encuentre la información de todos los niños y niñas que reingresaban y recurrían al servicio de pediatría víctimas de violencia, así mismo tener en cuenta guías y protocolos de la OMS y rutas de atención indicadas por el ministerio de salud con el propósito de brindar una atención de excelente calidad a los niños y niñas víctimas de violencia y asociados a esta.

Es importante ser conscientes de esta problemática no pasarla por alto, es una situación que puede ser prevenible, hace falta más intervenciones y atención a las diferentes causas que son las culpables de esta problemática. No ajenos a la

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Maltrato infantil. Centro de prensa. Septiembre de 2016

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. Ginebra. 16 de octubre 2016

situación tenemos que valorar la atención y el manejo que se les da a los niños afectados en las instituciones de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior el siguiente estudio es importante porque en el hospital no se tiene una información clara, concisa coherente con respecto a que casos reingresan, que caso recurren por el mismo evento, muchas veces tenemos que el niño o la niña pueden ingresar por varias patologías o pueden recurrir por la misma patología situación que en el momento no se tiene clara en el hospital y para los planes de atención se necesita identificar para la ruta adecuada y notificar de forma inmediata los casos que se han considerado como violencia, por eso es importante determinar si en realidad se están recibiendo esos casos como violencia o como diagnóstico diferencial o como se están identificando.

Este proyecto es viable porque contamos con el convenio docencia servicio que nos permite poder acceder a la información disponible para hacer el estudio y se cuenta también con el personal para poder llevarlo a cabo para establecer y aclarar estas rutas viables.

Novedoso porque en el momento no hay un estudio o un registro en el cual identifiquemos estos reingresos y recurrencia en el servicio de pediatría del HUHMP.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la organización mundial de la salud (OMS)⁵ violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable traumatismo, daños psicológicos o la muerte.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)⁶, La desatención es otra expresión de violencia psicológica. Muchos niños discapacitados pasan largos períodos en sus cunas o camas, sin ningún contacto humano ni estímulo. Esto se puede ver reflejado en algunas ocasiones en posibles reingresos hospitalarios.

Bellinzona y colaboradores.⁷ La violencia tiene varios tipos entre ellos el maltrato y la forma predominante es el maltrato físico con 61,2% y este maltrato se da por acción o por omisión generalmente en menores de 2 años con el 5%, con riesgo de mortalidad y secuelas. Las lesiones de partes blandas fueron las más frecuentes, seguidas del traumatismo encéfalo craneano, siendo este último de gran importancia dado que constituye la primera causa de muerte por maltrato infantil. El abuso sexual con el 38,8%.

Los agresores fueron predominantemente adultos jóvenes, con una alta frecuencia de familias monoparentales, en particular madre sola como principal agresora del niño.

Según el concejo de Bogotá⁸, en Colombia es necesario tener en cuenta que el maltrato infantil es posiblemente una de las violaciones de derechos humanos que presenta serias limitaciones de registro por varias razones. En primer lugar, la víctima es un menor de edad, con pocas herramientas y posibilidades de defenderse, y que muy pocas veces llevará personalmente su caso ante las autoridades o instituciones que lo puedan ayudar. En segundo lugar, los victimarios son en la gran mayoría de los casos los mismos padres o personas

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .Informe sobre maltrato infantil. Ginebra. Nota descriptiva nº 150, 2016

⁶ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. La violencia contra los niños, niñas y adolescentes. magnitud y desafíos para américa latina. San José, Costa Rica. 2007.6 p.

⁷ BELLINZONA, Gabriela, DECUADRO, Marcelo, CHARCZEWSKI Gloria y RUBIO, Ivonne. Maltrato infantil y abuso sexual: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo 1/1998-12/2001. En: Rev. Méd. Urug. Mar, 2005. vol.21 no.1.p.1

⁸ COLOMBIA. CONCEJO DE BOGOTÀ D.C. proyecto de acuerdo 012 de 2004 (2, de enero, 2004). "Por medio del cual se crean los CAIV (Centros de Atención Inmediata en Valores) y se reglamentan sus funciones". Anales del Concejo. Bogotá D.C., 2004. 2 p

responsables del cuidado del niño o la niña y por lo tanto estos, como victimarios pocas veces se denuncian ante las autoridades o instituciones competentes. Y en tercer lugar, contribuye a que el registro de los casos tenga limitaciones debido al concepto que se tiene de la familia como perteneciente al ámbito privado y por lo tanto los conflictos y su resolución son asuntos privados que no tienen por qué tener mediación de terceros.

La persona que figura como la principal responsable de los maltratos es la madre con el 35.8% seguida del padre con el 26.9%. Este dato coincide con el de otras investigaciones, y constata que la madre es la primordial y en ocasiones la única figura de socialización de los hijos e hijas, y es quien también asume la función correctiva, hecha en casos de manera violenta. El porcentaje más bajo del padre como responsable de los maltratos, tiene relación con la ausencia o distanciamiento.

Medicina legal reporta que los actos más frecuentes de los que son víctimas los menores son mediante golpes con las manos, o con algún otro instrumento que se tenga, llegando a ocasionar daños como fractura de huesos, quemaduras, cortadura, abandono, de privación, menosprecio de sus capacidades y de su propia imagen; igualmente están los azotes que son propinados con cuerdas y/o cinturones. El mecanismo más frecuentemente usado para realizar un daño físico es el contundente con 7.272 casos (68,1%); se encontró que existen otros mecanismos a determinar 2.047 casos (19,1%); le sigue el corto contundente 811 (7,6%).

Lo alarmante de esta situación, es que es un fenómeno que ha venido siendo aceptado socialmente ya que está profundamente determinado por creencias culturales que responden a paradigmas tales como la educación de los niños a través del maltrato para lograr disciplina, respeto y sobre todo enmarcar la supremacía de los adultos sobre los niños.

En cuanto a la recurrencia y reingreso a los servicios de salud esta nos podría indicar un aumento del maltrato y la negligencia dado que

En el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo ingresaron al servicio de urgencias pediátricas desde el 19 de agosto de 2016 hasta el 11 de marzo de 2017 4288 niños se presume que el 10% ingresaron por violencia.

Según el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA)⁹ el hospital durante el 2016 se reportaron 199 casos de violencia en el sistema que van desde los 0 meses hasta los 14 años. Se evidencio que la edad donde se tiene la cifra más

⁹ SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA. Vigilancia en salud pública de las violencias de género código INS: 875. (21, marzo, 2017) fichas sobre violencia de HUHMP niños de 0 – 14 años periodo 2016. Neiva, 2017.1 p.

alta de registros de violencia son los menores de 5 con 125 casos y el tipo de violencia que predomina es la negligencia y abandono con 176 años casos seguido de abuso sexual con 13 casos también se encontró que la principal victimaria era la madre con 158 casos seguido del padre con 17 casos se presentaron dos casos de muerte por violencia en ese periodo el primer caso es un menor de 7 años de sexo masculino y fue por negligencia y abandono, el segundo caso una menor de 14 años sexo femenino y se presentó por violencia física.

Por lo anterior surge el presente interrogante.

¿Cuál es la recurrencia y reingresos al servicio de hospitalización pediatría por casos de sospecha de violencia en HUHMP durante el 2016?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la recurrencia y reingreso al servicio de hospitalización pediatría por casos de sospecha de violencia en el HUHMP durante el 2016

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Caracterizar los niños hospitalizados en el servicio de pediatría durante el 2016 con sospecha y/o reporte de violencia

Determinar las patologías por sospecha de violencia que presentan reingresos y recurrencias en estos pacientes.

Establecer la prevalencia de los niños que reingresa y recurren al servicio de hospitalización pediatría

Definir la frecuencia de los diagnósticos de violencia y asociadas a esta

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA

La violencia infantil es una problemática que inquieta a toda las diferentes esferas sociales, políticas, científicas y académicas, por tal razón a través de las últimas décadas se han venido aplicando estudios en diferentes poblaciones a nivel mundial para medir su prevalencia e intervenir en dichos casos; prestar atención a este fenómeno es importante debido a que los tipos de violencia (negligencia, abuso sexual, maltrato físico o psicológico,) produce efectos severos y profundos en la vida de los niños, niñas y adolescentes, afectando seriamente su desarrollo y crecimiento: deteriora relación con los padres, afecta rendimiento escolar, genera problemas de salud mental, produce problemas con sus compañeros de colegio .¹⁰ Por tal razón en 1981, la ONU, en la Convención de los Derechos del Niño, estableció bien claro entre sus muchos aspectos, el derecho del niño a ser protegido contra el maltrato físico, el abandono y la explotación, y el derecho a que le sean satisfechas todas sus necesidades materiales y espirituales.¹¹

Los registros de violencia infantil, más exactamente violencia física y psicológica se producen con más incidencia en el propio hogar de los niños involucrados en este evento, siendo los protagonistas los padres propios de los menores, u hogares monoparentales.¹² Según un estudio realizado en Chile Más de la mitad de los niños entrevistados en el estudio ha recibido violencia física, y uno de cada cuatro, violencia física grave; siendo por otra parte las conductas más frecuentes de violencia psicológica ejercidas por los padres: gritar, insultar y no hablar por largos períodos. Las conductas de violencia física leve son dar cachetadas y tirar el pelo y/o las orejas y las de violencia física grave son golpear con objetos y dar una golpiza.¹³

Según un estudio realizado en Brasil La diferenciación de género está relacionada a las diversas naturalezas de violencia. Si, por una parte, las niñas sufren menos con la negligencia y más con las formas graves de violencia, tales como la violencia sexual y física, a los niños hay una imposición de patrones sociales como expresión de fuerza, poder y dominación. Por lo tanto, más expuestos a los malos tratos, como la negligencia reiterada y sometida al encubrimiento, banalización y

¹⁰ LARRAIN Soledad, BASCUÑAN Carolina, 4º estudio de maltrato infantil Unicef

¹¹ . DECLARACIÓN MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Convención Mundial sobre los Derechos del Niño. Washington DC: ONU, 1985

¹² BELLINZONA Gabriela, DECUADRO Marcelo, CHARCZEWSKI Gloria, RUBIO Ivonne. Maltrato infantil y abuso sexual (2005)

¹³ SOLEDAD Larraín, BASCUÑÁN Carolina. Maltrato infantil y relaciones familiares Chile Unicef 2008.

naturalización de otras formas de violencia que cuestionen el papel social del hombre y su masculinidad.¹⁴

Hay otros eventos físicos patológicos que se relacionan o son subsecuentes al violencia infantil, como es el caso de fracturas de huesos largos como fémur, tibia, peroné, cubito y/o radio) o quemaduras ligadas a negligencia o maltrato físico.¹⁵ Las cuales según Stone catalogó 12 criterios que ayudan relacionarla con este hecho de violencia infantil, quemaduras no accidentales los cuales son 7:

1. Retardo en la solicitud de atención médica.
2. Quemaduras viejas al examen físico y referidas por el familiar como recientes,
3. La información del accidente no es compatible con la edad y las habilidades del niño.
4. El adulto responsable del niño, alega no haber estado presente en el momento del accidente.
5. El familiar que atiende y educa al niño no se presenta al hospital.
6. Las quemaduras son atribuidas a la acción de otros niños.
7. El niño se muestra sumiso, retraído, soporta sin llorar procedimientos dolorosos.¹⁶

Hay otras muchas expresiones clínicas de maltrato infantil, las cuales son variables. Entre las formas más frecuentes se encuentra los traumas del SNC, que están dentro de las lesiones más graves que se observan en el abuso físico: hemorragia epidural, hemorragia subdural, hemorragia subaracnoidea, contusiones y el sangramiento intraparenquimatoso; otra forma de violencia que más aqueja a esta población infantil es el abuso sexual, que puede llegar a ser un reto para su médico de asistencia. Debido que ocasionalmente el niño puede presentar signos específicos de abuso, o por otro lado las lesiones pueden ser no tan obvias y por lo tanto difícilmente diagnosticadas, pasándose muchas veces por alto; cuando estos casos de violencia infantil no se abordan con trabajo social para el respectivo seguimiento, para indagar el tipo de trato que le brinda su hogar o medio en el que se encuentre y no se intervienen, estos pueden tener finales poco grato como, asesinatos de menores y maltratos recurrentes con más gravedad que los anteriores.¹⁷

¹⁴ YOSHIKAWA EGRY Emiko, APOSTÓLICO Maira Rosa, ALBUQUERQUE Leda María, GESSNER Rafaela, GODOY Rosa María Serpa da Fonseca, Comprensión de la negligencia infantil en la perspectiva.

¹⁵ ABDALÁ A Loredó. Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Ed. Editores de Textos Mexicanos 2004;pp17-27

¹⁶ FERNÁNDEZ COUSE1 Dra. Gladys y PEREA CORRAL Dr. Jesús, Rev. Cubana Pediatr v.76 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2004; Síndrome del maltrato infantil

¹⁷ FERNÁNDEZ COUSE1 Dra. Gladys y PEREA CORRAL Dr. Jesús, Rev. Cubana Pediatr v.76 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2004; Síndrome del maltrato infantil.

Otros factores que pueden enmascarar la violencia infantil además de las dificultades que se tiene para diagnosticarla como violencia infantil ya expuestas, es que existen casos donde los niños están nutridos a diferencia como se podría creer vinculando siempre la desnutrición como la antesala de la violencia infantil como si esta precediera todo tipo de maltrato que se produzca dentro del hogar.¹⁸

Se podría decir que los niños de años o meses pueden ser violentados, pero este hecho se puede extender más allá, afectando incluso a niños que aún no han visto la luz del día, bebés en el vientre de la madre, lo cual también a su vez se cataloga o no como violencia.

Contra la mujer embarazada, si esta no es autora de tal hecho, esta situación a pesar que se presenta en los puestos de salud de diferentes niveles de complejidad, es poco reconocida y aceptada por el sector salud y mucho menos por la sociedad civil a pesar de su frecuencia y su resultado, la morbimortalidad femenina y la de su hijo.¹⁹ Eventos más recurrentes en madres menores de 21 años y con controles prenatales incompletos o inexistentes, el producto de estas madres puede acarrear que sus bebés pretérmino <37 semanas de gestación o nazcan con un peso menor de 2.500 gramos; esta afectación contra estos menores son conocida como abuso fetal.²⁰

4.2 FUNDAMENTOS TEORICOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA

VIOLENCIA:

Según la organización mundial de la salud (OMS)²¹ La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

Las consecuencias de la violencia en la salud física, mental, sexual y reproductiva a menudo duran toda la vida. La violencia también contribuye a las principales causas de muerte tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y el VIH/sida porque aumenta el riesgo de que las víctimas adopten comportamientos como el hábito de fumar, el consumo de alcohol o el uso indebido de drogas o que recurran a prácticas sexuales de riesgo.

¹⁸ BELLINZONA Dres. Gabriela, DECUADRO Marcelo, CHARCZEWSK Gloria i, RUBIO Ivonne. Maltrato infantil y abuso sexual Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001

¹⁹ LANDWIRTH J. Fetal abuse ad neglect: an emerging controversy Pediatrics 1987; 79:508-514

²⁰ LEÓN-LÓPEZ Dra. Araceli, LOREDO-ABDALÁ Dr. Arturo, Trejo-Hernández Dr. Jorge, LÓPEZ-NAVARRETE Dra. Gloria Elena, GARCÍA-PIÑA Dra. Corina Araceli. Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo.

²¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op, cit., Nota descriptiva nº 150.

Según La Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO)²², la Ciencia y la Cultura la violencia es el Conjunto de la actividad humana que supone el uso de la fuerza.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)²³ define violencia como el uso deliberado de fuerza o poderío físico, real o en forma de amenaza, que tenga, o pueda tener como resultado, lesiones, daños psicológicos, un desarrollo deficiente, privaciones o incluso la muerte.

Tipos de violencia

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴, la violencia se divide en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- la violencia auto infligida (comportamiento suicida y autolesiones),
- la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco),
- la violencia colectiva (social, política y económica).

La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica, lo anteriores incluyen privaciones o descuido.

MALTRATO INFANTIL:

Según la Organización Mundial de la Salud²⁵, el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. Según el concejo de Bogotá D.C²⁶ en Colombia es necesario tener en cuenta que el maltrato infantil es posiblemente una de las violaciones de derechos humanos que presenta serias limitaciones de registro por varias razones. En primer lugar, la víctima es un menor de edad, con pocas herramientas y posibilidades de defenderse, y que muy pocas veces llevará personalmente su caso ante las autoridades o instituciones que lo puedan ayudar. En segundo lugar, los victimarios son en la gran mayoría de los casos los mismos padres o personas responsables del cuidado del niño o la niña y por lo tanto estos, como victimarios pocas veces se denuncian ante las autoridades o instituciones competentes. Y en tercer lugar, contribuye a que el registro de los casos tenga limitaciones debido al concepto que se tiene de la familia como perteneciente al

²² ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN. La violencia y sus causas [en línea]. París.1981.9 p. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0004/000430/043086so.pdf>

²³ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Suiza.2002. 3p.

²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2002.1 p.

²⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre maltrato infantil. Ginebra. 2016.2p

²⁶ COLOMBIA. CONCEJO DE BOGOTÀ D.C. Op, cit.,3 p.

ámbito privado y por lo tanto los conflictos y su resolución son asuntos privados que no tienen por qué tener mediación de terceros.

Todo esto contribuye a que la información que se pueda recolectar tenga limitaciones y dificultades. Sin embargo, la información existente nos dice cosas importantes acerca de la situación del maltrato infantil en el país.

ABUSO SEXUAL:

Según José Sanmartín²⁷ el abuso sexual se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas (al menos, una de ellas, menor), entre las que existe una situación de desigualdad -ya sea por razones de edad o de poder- y en la que el menor es utilizado para la estimulación sexual de la otra persona.

VIOLACION:

Según la Real Academia Española²⁸ violación es Tener acceso carnal con alguien en contra de su voluntad o cuando se halla privado de sentido o discernimiento.

ACOSO SEXUAL:

Según la Real Academia Española²⁹ el acoso sexual es el que tiene por objeto obtener los favores sexuales de una persona cuando quien lo realiza abusa de su posición de superioridad sobre quien lo sufre.

VIOLENCIA FISICA:

Según CHENAIS CLAUDE, Jean³⁰ la violencia física es el ataque directo, corporal contra las personas. Ella reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso. Lo que la define es el uso material de la fuerza, la rudeza voluntariamente cometida en detrimento de alguien.

VIOLENCIA PSICOLOGICA:

Según RUBIO MARTOS, Ana³¹ La violencia psicológica no es una forma de conducta, sino un conjunto heterogéneo de comportamientos, en todos los cuales se produce una forma de agresión psicológica. En todos los casos, es una conducta que causa un perjuicio a la víctima. Puede ser intencionada o no intencionada. Es decir, el agresor puede tener conciencia de que está haciendo daño a su víctima o no tenerla. Eso es desde el punto de vista psicológico. Desde el punto de vista jurídico, tiene que existir la intención del agresor de dañar a su víctima. La amenaza se distingue de la agresión, pero la amenaza es una forma de agresión psicológica. Cuando la amenaza es dañina o destructiva

²⁷ SANMARTÍN José. "Violencia contra los niños".3 ed. Barcelona: Ariel. 2005.86 p.

²⁸ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/drae/>.

²⁹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/drae/>.

³⁰ CHENAIS CLAUDE, Jean. Histoire de la violence. Citado por TRUJILLO BLAIR, Elsa. Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. En Rev. Polít. cult. Ene, 2009. no.32.p. 9-33.

³¹ MARTOS RUBIO, Ana. ¡No puedo más! Las mil caras del maltrato psicológico. España: S.A. McGraw-Hill/Interamericana. 2003.

directamente, entra dentro del campo de la conducta criminal, la que está penada por la ley. La violencia psicológica implica una coerción, aunque no haya uso de la fuerza física. La coacción psicológica es una forma de violencia.

NEGLIGENCIA:

Según Loredo Abdalá y colaboradores³² la negligencia es la incapacidad que tiene un cuidador de procurar al niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que debería ser capaz de proporcionar, destacando claramente que sólo puede hablarse de negligencia, cuando la familia o quienes son responsables del niño, no le ofrecen los recursos de los que disponen.

Según la Real Academia Española³³ el abandono Delito que consiste en incumplir los deberes de asistencia que legalmente se imponen a toda persona respecto de sus familiares próximos.

REINGRESO:

Según Espinar y colaboradores³⁴, se denomina reingreso a aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso.

Según GARCÍA ORTEGA³⁵ y colaboradores, el reingreso ha sido definido como todo ingreso con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta.

Según Jencks S y colaboradores³⁶, los reingresos pueden definirse como las admisiones o ingresos a un hospital dentro de un cierto periodo después de haber egresado del centro hospitalario.

RECURRENCIA

Según la Real Academia Española³⁷ recurrencia es: que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo y está asociado al motivo de hospitalización inicial ya sea por complicación o por el proceso natural de la enfermedad.

³² LOREDO ABDALÁ, Arturo, TREJO HERNÁNDEZ Jorge, GARCÍA PINA Corina. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte. En: Salud Ment. 2011. vol.34 no.1.

³³

³⁴ ESPINAR, MARTÍNEZ José María, RODRÍGUEZ CORTÉS Gloria. Análisis de los reingresos como indicador de calidad del hospital San Juan de la Cruz. Andalucía.2013.

³⁵ GARCÍA ORTEGA, Cesáreo, BARRIOS ALMENARA, José y GARCÍA ORTEGA, José Javier. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. En: Rev. Esp. Salud Pública.1998. vol.72, no.2, p.103-110.

³⁶ JENCKS S, WILLIAMS M, COLEMAN E. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. N Eng J Med 2009; 360:1418-1428

³⁷ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/drae/>.

INTERNACION:

Según la Real Academia Española³⁸ Internación: disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica.

4.3 FUNDAMENTOS NORMATIVOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA

Colombia es un estado social de derecho por consiguiente tiene una normatividad de obligatorio cumplimiento que es la ley, para su aplicación son necesarios decretos reglamentarios, teniendo en cuenta lo siguiente tenemos esta reglamentación del estado que da protección a los derechos de los niños.

LEY 12 de 1991 - Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En el artículo 19, el Estado debe adoptar todas las medidas necesarias para proteger a los niños y niñas de todo abuso físico o mental, trato negligente por parte de sus padres o representantes legal, además de implementar programas sociales para la asistencia, identificación, tratamiento y observación ante casos de malos tratos al niño o niña.³⁹

LEY 294 de 1996 - Artículo 42 de la Constitución, por lo cual el Estado está obligado a consagrar una normativa que permita investigar y sancionar cualquier tipo de violencia al interior de la familia. Artículo 3) e) Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y el amor, la educación, la cultura, la recreación y la libre expresión de sus opiniones.⁴⁰

La ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la ley 599 de 2000. Nuevo código penal cuyo título referido a violencia sexual se denominó: “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales” que en sus artículos 205 a 219 considera la violencia sexual un delito contra la libertad y la dignidad humana.⁴¹

La resolución 412 de 2000 se establecen de cumplimiento obligatorio las actividades, intervenciones en demanda inducida y se adoptan las guías técnicas: PAI, Crecimiento y desarrollo, entre otras. Artículo 8). Protección específica:

A. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) B. Atención Preventiva en Salud Bucal C. Atención del Parto D. Atención al

³⁸ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/draef/>.

³⁹ COLOMBIA. Congreso de la república. ley 12 de 1991.

⁴⁰ COLOMBIA. Congreso de la república. ley 294 de 1996

⁴¹ COLOMBIA. Congreso de la república. ley 599 de 2000.

Recién Nacido E. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres. Artículo 9.) Detección temprana: Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años) Artículo 10.) Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición proteica calórica y obesidad), menor y mujer maltratados.⁴²

Ley 1098 de 2006 - Código de la Infancia y la Adolescencia. Artículo 18). Derecho a la integridad personal. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. Artículo 41). "obligaciones del estado. 26) Prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos. Artículo 86). Funciones del comisario de familia. Corresponde al comisario de familia: punto 8). Adoptar las medidas de restablecimiento de derechos en los casos de maltrato infantil y denunciar el delito.⁴³

Ley 1146 de 2007 - por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente". Artículo 9). Atención integral en salud. Punto 4). Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.⁴⁴

El Decreto 3039 del 10 de Agosto de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica establece entre las prioridades Nacionales en Salud Publica: La salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral y la nutrición.⁴⁵

Resolución 000459 de 2012 - Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, 2.1) El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).⁴⁶

Decreto 087 de 2016 - Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo contra la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes, adscrito al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y se dictan otras disposiciones" Artículo 2.4.3.1.4.1.8. Utilización de los Recursos. Los recursos tendrán la siguiente

⁴² COLOMBIA. Congreso de la república. resolución 412 de 2000.

⁴³ COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1098 de 2006

⁴⁴ COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1146 de 2007

⁴⁵ COLOMBIA. Congreso de la república. Decreto 3039 de 2007.

⁴⁶ COLOMBIA. Congreso de la república. Resolución 000459 de 2012

destinación: Promover la gestión del conocimiento a través de investigaciones y estudios de la dinámica y el fenómeno de la explotación y/o violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes, tanto en el ámbito nacional como territorial. 6. Fortalecimiento de los programas que en la actualidad adelanta el ICBF con el fin de atender a la niñez y adolescencia, víctima de violencia sexual. 7. Programas de prevención de la explotación sexual dirigidos a las familias de niños, niñas y adolescentes.⁴⁷

⁴⁷ COLOMBIA. Congreso de la república. Decreto 087 de 2016

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Considerando las variables, se determina que la investigación es un estudio cuantitativo de diseño descriptivo retrospectivo de corte transversal, puesto que este diseño consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas, situaciones, contextos fenómenos, comunidades y proporcionar su descripción. Además recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único por lo que no existen períodos de seguimiento.⁴⁸ Con este diseño se pretende Identificar los casos que están recurriendo y reingresando al servicio de hospitalización pediatría por casos de sospecha de violencia en el HUHMP durante el 2016.

5.2 POBLACIÓN

La población para este estudio son todos los niños y niñas hospitalizados en el servicio de hospitalización pediatría del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva los cuales corresponden a 104 casos de niños y niñas, entre las edades de cero años y 14 años de edad según la ley de infancia y adolescencia, con diagnóstico CIE – 10 de violencia y/o asociados evidenciado en las historias clínicas registradas en el servicio de hospitalización pediatría durante el año 2016.

5.3 MUESTRA

Durante el año 2016 se registraron 104 historia clínicas con códigos CIE-10 pertenecientes a factores asociados a violencia tales como traumas, quemaduras y fracturas etc. Debido a que la población encontrada es mínima se utiliza como tamaño muestral la misma (104 historias clínicas).

5.3.1 Criterios de selección. En esta investigación se tendrá en cuenta los siguientes criterios para la inclusión y exclusión de participantes en la aplicación del instrumento

⁴⁸ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. "Metodología de la investigación". 6 ed. Editorial Mc Graw Hill/ interamericana editores, s.a. de C.V. México 2014

5.3.2 Criterios de inclusión. Niños de 0 y los 14 años que ingresan con diagnóstico diferencial o con diagnóstico de violencia.

Ingreso al servicio en el rango desde el 1 de Enero y 31 de diciembre de 2016

5.3.3 Criterios de exclusión. Niños mayores de 14 años que ingresan con diagnóstico diferencial o con diagnóstico de violencia.

5.4 TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó de la siguiente manera:

Se hizo una revisión de 104 historias clínicas con código CIE-10 para la recolección de la información de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.

5.5. INSTRUMENTOS

Se elaboró una herramienta virtual (Formulario de google): En este se incluyó a todas las variables del estudio permitiendo la recolección de la información de las historias clínicas, para generar la base de datos en Excel, Igualmente se revisó la notificación de las fichas por violencia reportadas por el servicio. (Instrumento Ficha de notificación de violencia, Para los casos Diagnosticados Con violencia).

5.6 PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación del instrumento se ejecutó mediante la revisión por expertos de la unidad de investigación y proyección social de la universidad Surcolombiana.

Cabe resaltar, que en la elaboración de la base de datos se obtuvo colaboración en asesorías y aprobación por parte del profesional en matemáticas aplicada con énfasis en manejo y análisis de la información Jesús David Falla Arango

La confiabilidad fue valorada y aprobada por expertos en la unidad de investigación de la USCO.

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

La información se obtuvo mediante la revisión directa de historias clínicas de los casos de violencia y asociados, los datos se introdujeron en una base de datos creada en Microsoft Excel 2016. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva utilizando el software SPSS versión 23, para variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central y medidas de dispersión, para variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y relativas.

6. CONSIDERACIONES ETICAS Y BIOETICAS

Para el desarrollo del proyecto de investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas y bioéticas y legales con la resolución 008430 de 1993, declaración de Helsinki, código de Núremberg, declaración de derechos humanos y derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Esta investigación se considera sin riesgo debido a que no se intervino directamente con la población a estudio, sino que se trabajó con información obtenida de las historias clínicas. Es de alcance local ya que la investigación se realiza en el HUHMP Neiva -Huila.

La investigación tiene un impacto de corto y mediano plazo, a corto plazo por la modificación en los estilos de atención que se están llevando en el servicio y a mediano plazo, poder actuar en las rutas de atención establecidas por el departamento del Huila y por el ministerio.

El costo beneficio es tripartito: USCO conocimientos a nivel de metodología y compartir resultados en eventos científicos (memorias) – Estudiantes cumplimiento requisito de grado y publicación en revista indexada. Hospital como requisito para acreditación institucional y cualificación del servicio de hospitalización pediatría. Convenio docencia asistencia.

El objeto de estudio los conocimientos en violencia para la atención adecuada de los niños y niñas, para la creación de protocolos de atención adecuados para ser atendidos de una forma adecuada, oportuna e integral. Dando cumplimiento a la normatividad vigente con respecto al tema y tipo de investigación.

La información obtenida será con carácter únicamente académico, para ello se firmara el acuerdo de confidencialidad.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Tabla 1. Operacionalización de variables de historias clínicas

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
Variables sociodemográficas	Sexo	Condición orgánica que diferencia entre masculino y femenino.		Masculino	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Femenino		
	Edad	Años desde el nacimiento hasta el momento del evento en estudio.		Número de años	Cuantitativo continuo	Medidas de tendencia central y de dispersión
	Régimen Seguridad Social	Régimen de aseguramiento al que pertenece la víctima		contributivo	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
				subsidiado		
				vinculado		
	Estrato	Tipo de nivel socioeconómico con base en las características de las viviendas y su entorno urbano o rural.		De 1 a 6	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
	Escolaridad	Nivel de educación máximo alcanzado por la víctima		Ninguno	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
				Preescolar		
				Primaria		
Bachillerato						
Residencia	Ubicación de la vivienda regular del paciente	Municipio de Procedencia	Nombre del municipio	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
			Área de residencia	Urbano	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa
				Centro poblado		
			Rural			

Tabla 1. (continuación)

Grupo	Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición
ingresos	Acción de ingresar por sospecha de violencia en un hospital	Servicio	consulta externa	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			Urgencia		
			referidos (otras ips)		
ingresos	Acción de ingresar por una patología en un hospital	tipos de patología	Fracturas	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			Quemaduras		
			Desnutrición		
			problemas respiratorios		
			Enf. Endémicos		
			Eda		
otro:					
Ingreso	Acción de ingresar por sospecha de violencia en un hospital	sospecha de violencia	Si	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			No		
sospecha violencia al ingreso	Acción de ingresar por sospecha de violencia en un hospital	Tipos	Negligencia y abandono	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			violencia física		
			Abuso Sexual		
			Violencia psicológica		
			Acoso sexual		
			Otro		
			síndrome del bebe zarandeado		
			No		

Tabla 1. (Continuación)

Variable	Definición	Sub variable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
Reingresos	Aquel ingreso urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado relacionado con una patología diferente a la entrada inicial		Si	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			No		
Reingresos	Aquel ingreso urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado relacionado con una patología diferente a la entrada inicial.	Patologías	Fracturas	cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			Quemaduras		
			problemas respiratorios		
			Enf. Endémicos		
			Eda		
			otro:		

Tabla 1. (Continuación)

Variable	Definición	Sub variable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
recurrencia	Que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo (Complicación de la patología de ingreso)		Si		Frecuencia absoluta y relativa
			No		
sospecha violencia por reingreso	Aquel ingreso urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado relacionado con sospecha de violencia	tipos de violencia	Negligencia y abandono	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			violencia física		
			Abuso Sexual		
			Violencia psicológica		
			Acoso sexual		
			Explotación		
recurrencia	Aquel vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo (Complicación de la patología de ingreso)	Patologías	Fracturas	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			Quemaduras		
			Desnutrición		
			problemas respiratorios		
			Enf .endémicos		
			Eda		
			Accidente		

Variable	Definición	Subvariable	Indicadores o categorías	Nivel de medición	Índice
sospecha violencia por recurrencia	Como todo ingreso con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta	tipos de violencia	Negligencia y abandono	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			violencia física		
			Abuso Sexual		
			Violencia psicológica		
			Acoso sexual		
			Explotación		
Agresor	Persona que ataca y ofende con violencia	Tipos	Padre	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			Madre		
			Abuelo		
			Tío		
			Padrastra		
			Madrastra		
			Hermano		
			Otros		
Recurrencia de casos por sospecha de maltrato	Que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo y está asociado al motivo de hospitalización inicial ya sea por complicación o por sospecha de violencia	Tipos de patologías	fractura de huesos	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			problemas respiratorios		
			Quemaduras		

8. RESULTADOS

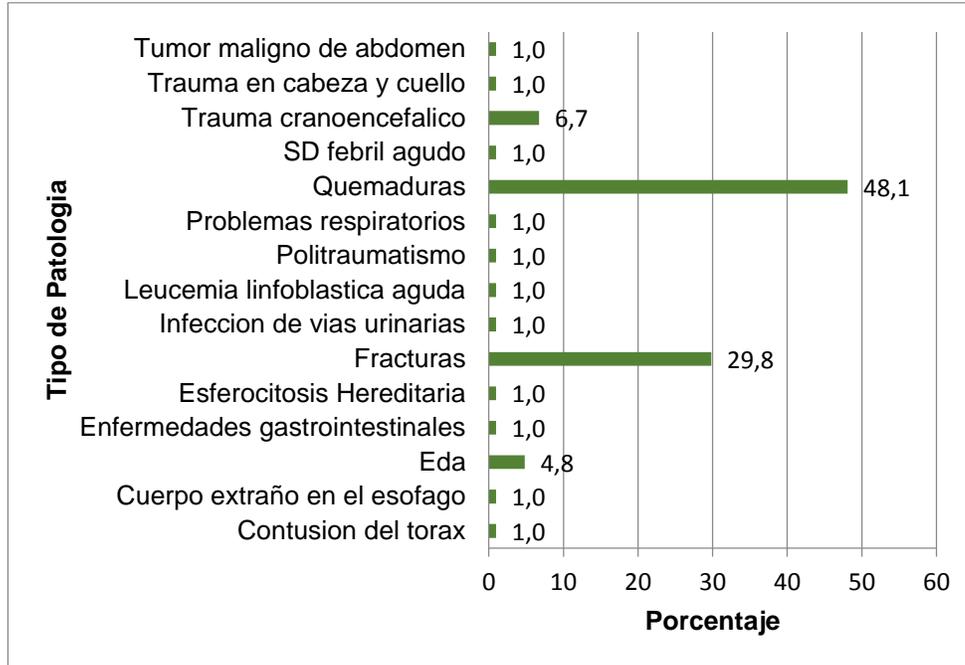
A partir del instrumento (formulario de google drive) en el cual se registró la información obtenida de las historias clínicas, por medio del programa estadístico SPSS23 se hizo el respectivo análisis y se evidencio los siguientes resultados por casos de sospecha de violencia en el servicio de hospitalización pediátrica del HUHMP durante el año 2016.

Tabla 2. Variables sociodemográficas de los niños y niñas del servicio de Hospitalización pediatría HUHMP

Variable		N	%
Sexo	Femenino	48	46,2
	Masculino	56	53,8
Régimen	Contributivo	13	12,5
	Subsidiado	91	87,5
Estrato socioeconómico	1	75	72,1
	2	27	26
	3	2	1,9
Escolaridad	Ninguno	56	53,8
	Preescolar	11	10,6
	Primaria	32	30,8
	Bachillerato	5	4,8
Área de residencia	Centro poblado	11	10,6
	Rural	46	44,2
	Urbano	47	45,2

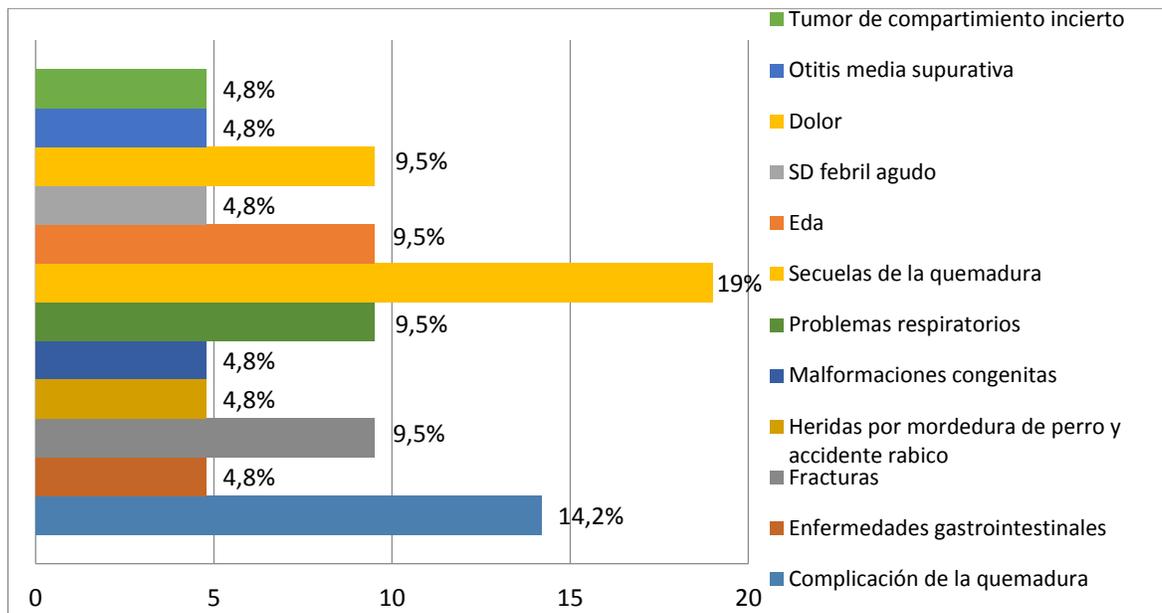
La mayoría de los niños que ingresaron al servicio de hospitalización pediatría durante el 2016 fueron de sexo masculino con un 53,8%, respecto al sexo femenino con un 46,2%. El régimen el cual están afiliados estos niños en un 87,5% son de régimen subsidiado y en un 12,5% son de régimen contributivo. El estrato socio económico predominante fue el estrato 1 con un 72,1%, seguido del estrato 2 con un 26% y por último el estrato 3 con 1,9%. Según el tipo de escolaridad los niños que aún no están cursando por algún nivel escolar presento el mayor porcentaje con un 53,8%, seguido del nivel preescolar con 10,6%, primaria con un 30,8% y bachillerato con el 5%. Con respecto al área de residencia el que más se presento fue el área urbana con un 45,2%, seguido del área rural con un 44,2% y por último el centro poblado con un 10,6%.

Gráfica 1. Tipo de patología al ingreso



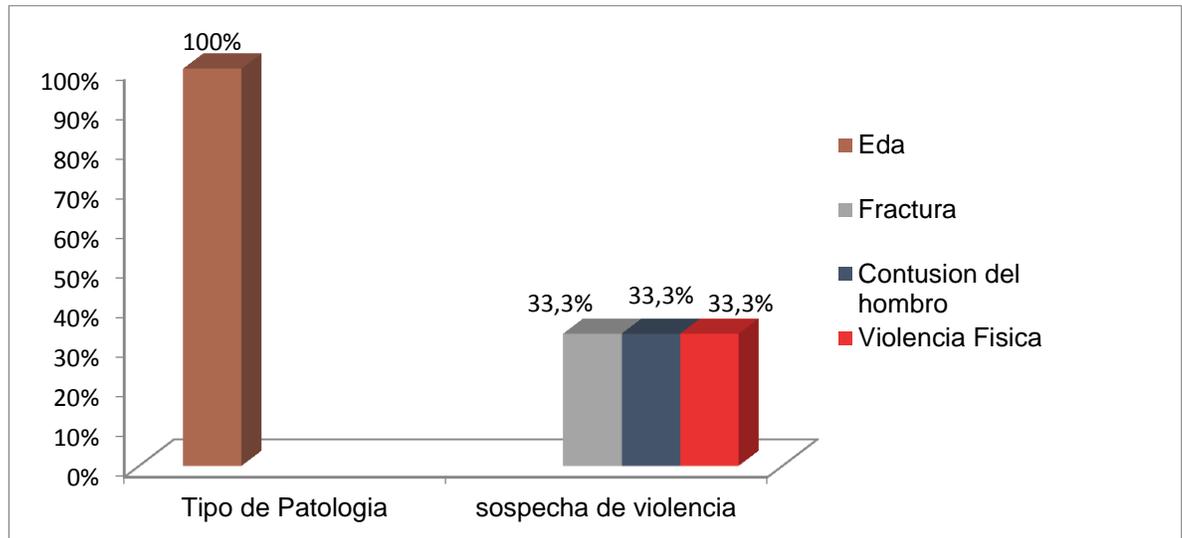
La patología que más se presentó al momento del ingreso asociado a violencia fue quemaduras con un 48,1%, seguido de fracturas con un 29,8% y el trauma craneoencefálico con un 6,7%.

Gráfica 2. Tipo de patología al reingreso



La patología con sospecha de violencia que más predomino en el reingreso de los niños fue secuelas de la quemadura con un 19%, seguido de la complicación de la quemadura con un 14,2%.

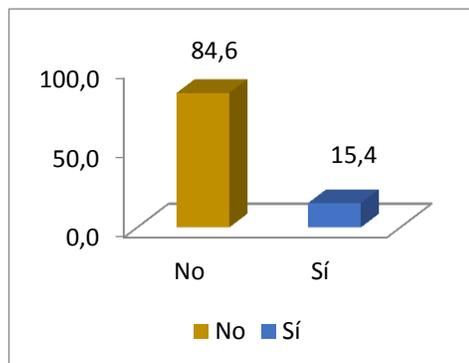
Gráfica 3. Recurrencia por tipos de patología Vs Recurrencia por sospecha de violencia



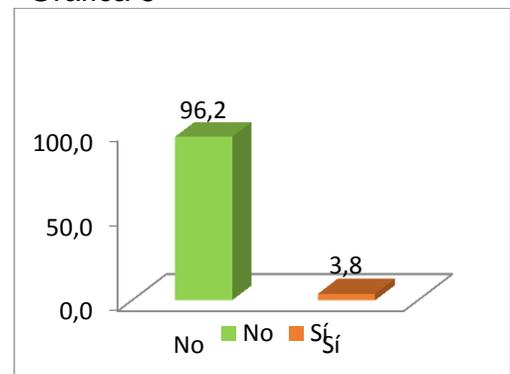
El tipo de patología en el cual recurrieron los niños fue Eda en un 100% frente a las patología con sospecha de violencia que presento recurrencia en los niños fue Fractura en un 33,3%, contusión del hombro en un 33,3% y violencia física 33,3%.

Gráfica 4 y 5. Prevalencia de niños y niñas que reingresan y recurren al servicio de hospitalización pediátrica

Gráfica 4

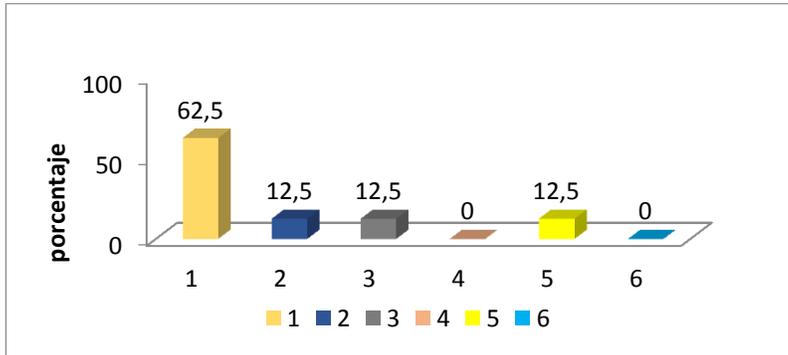


Gráfica 5



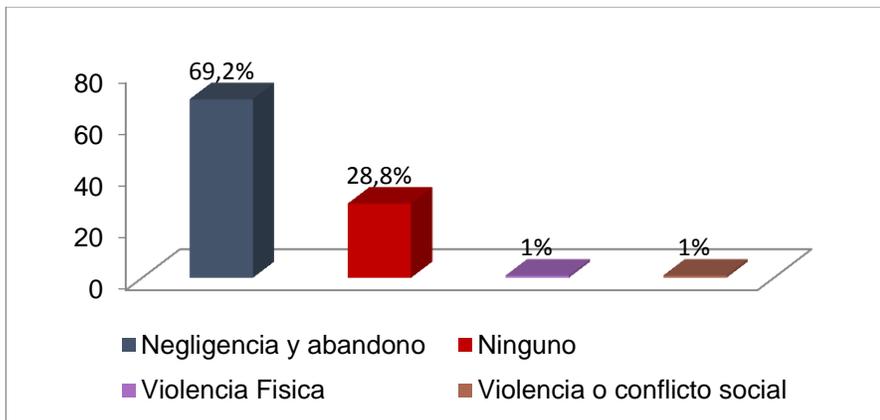
El número de niños y niñas que ingresaron al servicio de hospitalización pediátrica presentaron reingresos en un 15,4% frente a un 84,6% que no reingresó, con respecto a la recurrencia se presentó un 3,8% que recurrió frente a un 96,2% que no recurrió.

Gráfica 6. Numero de reingresos de niños y niñas



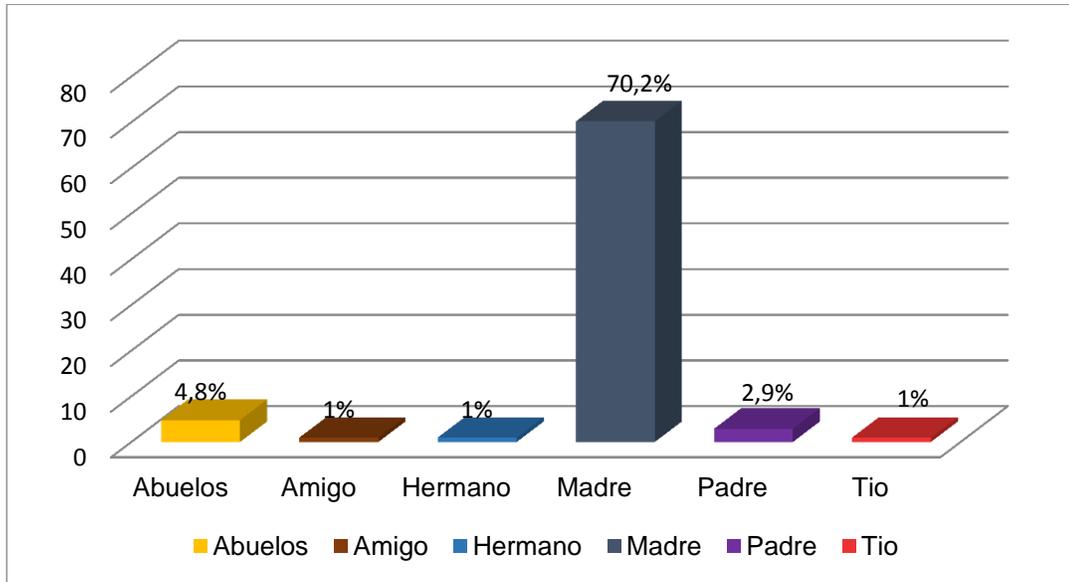
El número de reingresos más frecuente fue un 1 reingreso con 62,5%, seguido de los números de reingresos 2, 3, 5 el cual presentó cada uno el 12,5%.

Gráfica 7. Diagnósticos asociados a violencia



El diagnóstico asociado a violencia que más predominó fue negligencia y abandono en un 69,2% de todos los casos presentados en el servicio de hospitalización pediátrica.

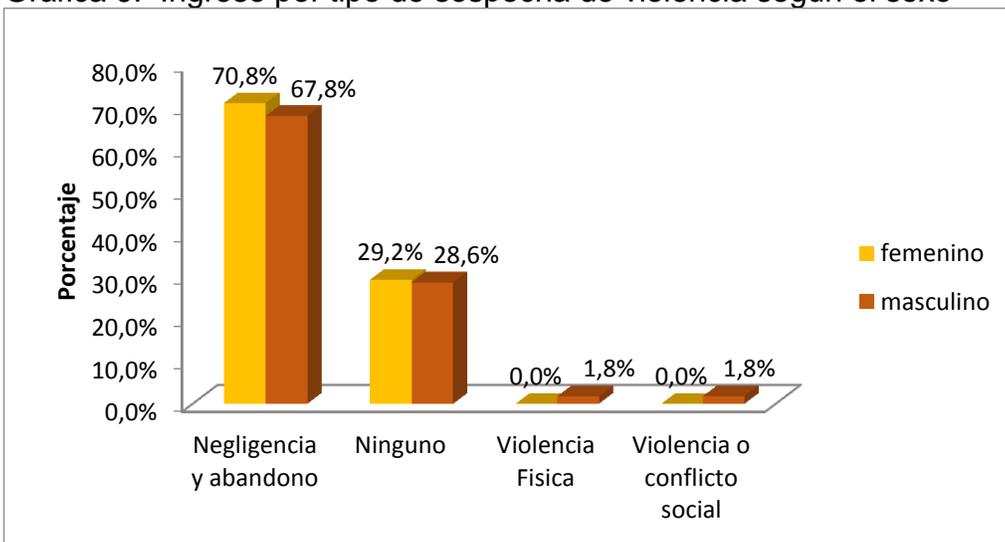
Gráfica 9. Tipo de agresor



En cuanto a los diferentes tipos de agresores dentro del núcleo familiar el agresor principal es la madre con un 70,2% de los casos relacionados o con sospecha de violencia.

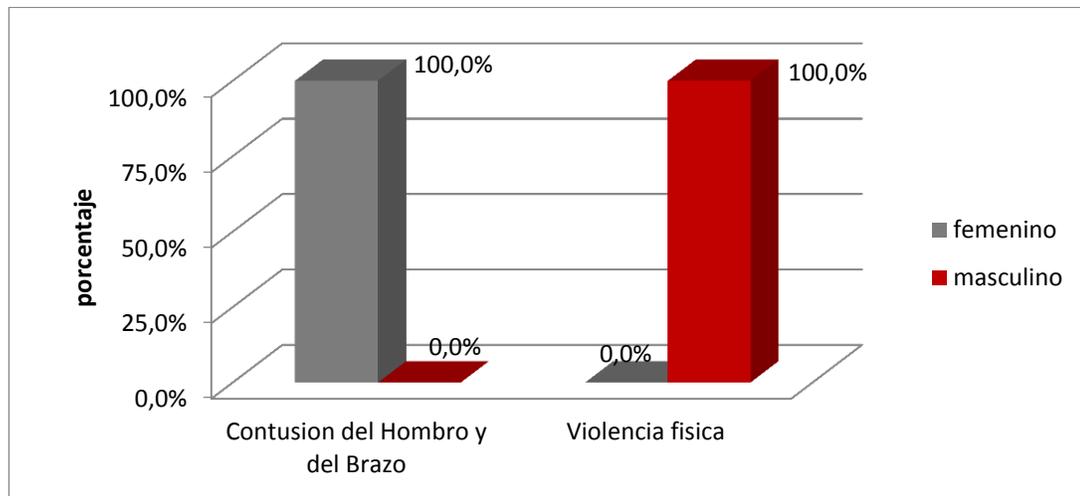
El agresor más frecuente a estos casos de sospecha de violencia agresores dentro del núcleo familiar fue la madre con un 70,2% seguido de los abuelos con un 4,8%

Gráfica 9. Ingreso por tipo de sospecha de violencia según el sexo



En el siguiente grafico se evidencio que la causa principal de ingresos por sospecha de violencia fue negligencia y abandono dentro del cual el sexo femenino presento el mayor número de casos con un 70,8% frente al sexo masculino que presento el 67,8% debido a esta causa. Cabe resaltar que el sexo masculino también tuvo ingresos por causas como fue violencia física en un 1,8% y violencia o conflicto social en un 1,8%.

Gráfica 10. Recurrencia por tipo de sospecha de violencia según el sexo



Se pudo evidenciar que tanto el sexo femenino como el sexo masculino presentaron el mismo porcentaje de recurrencia por tipo de sospecha de violencia, donde el sexo femenino recurrió por contusión del hombro y del brazo y el sexo masculino por causas que fueron violencia física.

9. DISCUSION

Los reingresos y las recurrencias por casos de sospecha de violencia son un problema grave y frecuente en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en desarrollo, esta situación no es ajena a nuestra realidad local y nacional. Sin embargo aunque existen casos de reingresos y recurrencias por esta causa, no hay registros hospitalarios recientes que refieran su prevalencia a nivel nacional.

A pesar de ser un asunto preocupante en nuestro departamento, no existen registros de los casos que están reingresando y recurriendo por sospecha de violencia en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

En cuanto a la violencia, podemos decir que suele ser difícil de establecer dado que en muchas ocasiones sus principales agresores suelen ser sus cuidadores principales y esto puede pasar inadvertido ante el personal de salud. Cuando hay diagnósticos asociados y no se piensa en esta posibilidad, al no establecerse oportunamente un diagnóstico de violencia esto repercute en consecuencias adversas para la víctima como regresar a un ambiente familiar hostil y exponerse a nuevas agresiones.

En la investigación, se tuvieron en cuenta diferentes aspectos, comenzando se identificaron que las características socio demográficas de la población infantil los convierte en el grupo social más vulnerable a sufrir de violencia, por diversas razones; como son: su corta edad, las condiciones socioeconómicas en las que viven, entre otras. En el presente estudio se encontró que la mediana de edad en la cual estaban los niños era de 4 años, entre los ciclos vitales acordados al Ministerio de Salud y Protección Social, el que más presentó casos de sospecha de violencia fue el de la primera infancia (0-5 años), siendo los menores de 2 años los más afectados, demostrándose así que a menor edad, mayor vulnerabilidad, esto se relaciona con lo encontrado en otros estudios como el realizado en el servicio de pediatría del hospital san José Bogotá, en el cual encontraron que la edad media de los niños maltratados es de 3 años,⁴⁹ Y el del Hospital Universitario San José de Popayán, donde el intervalo de edad más frecuente fue de 0 a 2 años.⁵⁰

⁴⁹Referencia Bibliográfica: PRECIADO, Helen. LOZANO, Laura. GUTIERREZ, Jennifer. CASTRO, Carlos. Prevalencia de maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital San José 2010-2013. COL, 2014. Revista Pediatría. Vol. 47. Págs. 90-95.

⁵⁰ SARMIENTO G, MUÑOZ I, ORDÓÑEZ C. Perfil epidemiológico de los casos de maltrato infantil detectados en el Hospital Universitario San José durante el año 2008. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca. 2009;11:14-8
Prevalencia de maltrato infantil en el Servicio de Pediatría del Hospital San José 2010-2013 (PDF Download Available). Available from: https://www.researchgate.net/publication/290499329_Prevalencia_de_maltrato_infantil_en_el_Servicio_de_Pediatría_del_Hospital_San_Jose_2010-2013 [accessed Nov 24 2017].

Durante el 2016 los niños Hospitalizados por sospecha de violencia en el servicio hospitalización pediatría del HUHMP correspondió al 53,8 % del sexo masculino y el restante al sexo femenino, de acuerdo a la revisión de las historias clínicas los hallazgos señalan que la mayoría de estos niños sufrieron algún tipo de violencia por parte de sus padres, lo anterior coincide con un estudio realizado en el hospital de Namibia (África), de los caso confirmados con diagnósticos de violencia o asociados, la mayoría de niños que ingresaron pertenecían al sexo masculino con un 65,8% frente al 34,15% del sexo femenino. Diferentes autores señalan que existen algunas actitudes inadecuadas en los padres durante la crianza de los hijos, por ejemplo el exceso de autoridad y la creencia de que esta es la mejor forma de preparar al niño para el futuro.⁵¹

El estrato socioeconómico 1 fue en el que se encontró mayor número de casos por sospecha de violencia, teniendo en cuenta que, según la clasificación de las viviendas o predios del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) los estratos 1,2,3 corresponden a estratos bajos esto concuerda con lo observado en la literatura científica mundial. Además un estudio realizado en la habana, concluye que el bajo nivel socioeconómico y la pobreza incrementan el estrés y este la agresividad.⁵²

La zona con mayor frecuencia de casos con sospecha de violencia fue la urbana con el 45,2% debido a que la mayoría de los niños pertenecen a Neiva la cual alberga la mayor cantidad de habitantes en el departamento del Huila esto contrasta con un estudio realizado en los hospitales públicos de valencia –España, de los niños menores de 15 años que ingresaron por violencia, el 82,05% residían en la zona urbana y el 17,95% en la zona rural.⁵³

El tipo de patología al ingreso por sospecha de violencia en el HUHMP fueron las quemaduras con el 48,1% las cuales generaron lesiones permanentes en los niños, estas fueron provocadas por objetos como la plancha, otros aparatos eléctricos y líquidos calientes entre otros, los hallazgos encontrados en las historias clínicas indican que la cocina es un "territorio" muy peligroso para los niños dado que allí sucedieron la mayoría de los casos. Esto concuerda con un estudio realizado en el Hospital Infantil de Tacubaya, donde refiere que el 30% de las quemaduras accidentales en niños son las más frecuentes; sin embargo, el

⁵¹

⁵²CAMPOS MUÑOZ, Martha, PÉREZ TABÍO, Yisel, SILVERIA DIGÓN, Serguei, & GRAVE DE PERALTA, Yanara Toledano. (2010). Maltrato infantil intrafamiliar en niños de la Escuela Primaria "Salvador Pascual Salcedo". *MEDISAN*, 14(2).

⁵³CARPIO GESTA, M.ª Luisa, REDONDO GALLEGO, M.ª Jesús, & BALLESTER I DIEZ, Ferrán. (2016). Mortalidad e ingresos hospitalarios por violencia de los menores de 15 años en la Comunidad Valenciana (2007-2011). *Pediatría Atención Primaria*, 18(69), 25-33. Recuperado en 16 de noviembre de 2017.(2)

10% de ellas se deben a maltrato, Por eso es necesario contar con criterios clínicos y sociales para diferenciar el tipo de quemadura y su intencionalidad.⁵⁴⁵⁵

Las patologías encontradas en el HUHMP por sospecha de violencia que presentaron reingresos están las secuelas por quemaduras con el 13,8% y el 10.3% complicaciones de la misma. Estos resultados guardan relación con estudios en México que indican, que los reingresos por secuelas de quemaduras en los niños son un problema grave; estas secuelas pueden ser funcionales, estéticas y emocionales que en algunos casos provocan discapacidad, lo que aumenta el riesgo de maltrato infantil.⁵⁶

El reingreso al servicio de Hospitalización pediatría del HUHMP durante el 2016 por sospecha de violencia corresponde al 15,4% y la recurrencia al 3.8%. Esto concuerda con un estudio realizado en Cartagena (Colombia) en donde en consultas realizadas por personal de salud encontraron un 5,3% casos de reingresos por sospecha de maltrato infantil (MI).⁵⁷ Cifras similares se encontraron en un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en Uruguay en donde el (7,3%) de los niños reingresaron por maltrato, y el 2,2% reingresaron por maltrato y otra enfermedad⁵⁸

El reingreso hospitalario se define como, la necesidad clínica, de una nueva hospitalización, en el paciente que previamente ya lo había estado, independiente del tiempo que haya transcurrido luego del alta

La frecuencia de los diagnósticos asociados a violencia en el HUHMP encontramos los asociados a negligencia y abandono con un 69,2%. Esto contrastado con diversas estadísticas alrededor del mundo que señalan que la negligencia es la forma de maltrato más común, sin embargo las investigaciones en el área de ciencias de la salud y sociales no reflejan el interés Creciente en la prevalencia e implicaciones que tiene esta forma de maltrato al menor, situación que es factible atribuir a la falta de consenso en su definición, clasificación y

⁵⁴GARCÍA-PIÑA, *. D.-A.-H. (2008). Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco. *Acta Pediátrica de México*, 29(1), 9-10-11.

⁵⁵PAUL CHARLES, E. Darwich- Soliva (2011). Signos cutáneos del maltrato infantil. *Actas Dermo-sifiliograficas*, Barcelona-España 109(2), 3-4.

⁵⁶GARCÍA-PIÑA, *. D.-A.-H. (2008). Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco. *Acta Pediátrica de México*, 29(1), 9-10-11.

⁵⁷ARRIETA VERGARA, Katherine M., DÍAZ CÁRDENAS, Shyrley, & GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Farith. (2014). Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(2), 103-111.

⁵⁸BELLINZONA, Gabriela, DECUADRO, Marcelo, CHARCZEWSKI, Gloria, & RUBIO, Ivonne. (2005). Maltrato infantil y abuso sexual: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001. *Revista Médica del Uruguay*, 21(1), 59-67. Recuperado en 17 de octubre de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902005000100008&lng=es&tlng=es.

medición. Durante el año fiscal de 2007, en los Estados Unidos de América, según reporta el Children's Bureau el 59% de la niñez sufrió maltrato por negligencia.⁵⁹

La principal agresora de los casos por sospecha de violencia que ingresaron al HUHMP fue la madre con un 70,2% ya que al ser la cuidadora principal puede caer fácilmente en la desesperanza y la poca tolerancia esto se relaciona con un estudio realizado en Cuba donde constatan que la madre o quien ocupa el rol materno ejerce más violencia.⁶⁰

Estos hallazgos señalan a la recurrencia y al reingreso como uno de los factores que se están presentando en HUHMP en los casos por sospecha de violencia. Este estudio fortalece la necesidad no solo de generar campañas para detectar la violencia contra los niños si no de implementar protocolos y rutas de atención dirigida a esta población vulnerable; además motiva al HUHMP a crear un protocolo específicamente para recurrencia y reingresos en casos de sospecha de violencia con el fin de que el personal que labora en la institución tenga un compromiso social y humano en la atención de estos casos y de esta manera se puedan identificar fallas y omisiones que se presenten.

En este estudio existió una limitante que puede ser una sugerencia para futuras investigaciones, ya que al ser una investigación de tipo observacional se limitó solamente a analizar las historias clínicas de los casos por sospecha de violencia y no se cuestionó a los familiares ni al personal de salud acerca de los factores que probablemente pudieron influir en que se presentara recurrencia y reingreso.

En esta investigación se observó una asociación entre las variables ingreso por tipo de sospecha de violencia según el sexo en el cual las niñas presentaron el mayor porcentaje de negligencia y abandono mientras que los niños sufren de violencia física y violencia de conflicto social lo anterior coincide con un estudio realizado en un hospital de Argentina en donde encontraron que los motivos de ingreso más frecuentes fueron sospecha de maltrato infantil en el 44,2%, y las niñas las más afectadas con un 50,2% frente a los niños con un porcentaje de 49,8%.⁶¹

⁵⁹ LOREDO ABDALÁ, Arturo, TREJO HERNÁNDEZ, Jorge, GARCÍA PINA, Corina, PORTILLO GONZÁLEZ, Armando, LÓPEZ NAVARRETE, Gloria E., ALCÁNTAR ESCALERA, Ma. Isabel, MENDOZA ROJAS, Ofelia, HERNÁNDEZ ROQUE, Alejandra, SAUCEDA GARCÍA, Juan Manuel, CAPISTRÁN GUADALAJARA, Arturo, CARBALLO HERRERA, Ramón, RAMOS LIRA, Luciana, LLATA ROMERO, Manuel de la, SOTELO MORALES, Julio, GUICHO ALBA, Evangelina, VILLANUEVA CLIFF, Héctor, SOTELO MORALES, María Teresa, & ORTIZ GAMEZ, Silvia Gerardina. (2011). Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte. *Salud mental*, 34(1), 67-73. Recuperado en 20 de octubre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100009&lng=es&tlng=es

⁶⁰ ALMENARES ALEAGA, Mariela, LOURO BERNAL, Isabel, & ORTIZ GÓMEZ, María T. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(3), 285-292. Recuperado en 26 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300011&lng=es&tlng=es.

⁶¹ BELLA, Mónica E, & BORGATTINO, Vanesa. (2016). Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(3), 252-257.

Otra asociación estadística en el presente estudio fue la relación entre recurrencia por tipo de sospecha de violencia y el sexo, en la población estudiada, en la cual se evidencia que tanto los niños como las niñas recurrieron al servicio de hospitalización pediatría por sospecha de violencia, cabe resaltar que por tipo de patología las niñas recurrieron por contusión de hombro y brazo y los niños por violencia física, lo cual confirma con lo observado en otros estudios referentes a recurrencia por sospecha de violencia, donde los niños tenían más probabilidades de recurrencia que las niñas. Existen algunos factores relacionados de forma consistente con la recurrencias del maltrato (número de episodios previos, negligencia, conflicto entre los padres y los problemas de salud mental), así como otros relacionados, pero con menor consistencia (estrés familiar, falta de apoyo social, antecedentes de maltrato en los padres etc).⁶²⁶³

Es importante que el personal de salud tenga las capacidades técnicas y científicas para brindar una atención oportuna y un manejo integral a los niños y niñas que están reingresando y recurriendo por sospecha de violencia, el presente estudio evidencia que se están presentando estos casos, pero hay una falta de notificación de estos, además no hay un registro donde estén consignados los casos que están recurriendo y reingresando al servicio de hospitalización de pediatría.

⁶² GONZÁLES DE DIOS, Javier, HERNÁNDEZ Miguel. (2006). Mas allá de la identificación del maltrato infantil: reconocer los factores de riesgo de recurrencia. *Evidencia en pediatría*, 2 (4), 2- 3

⁶³ FLUKE JD, Yuan YYT, Edwards M. Recurrence of maltreatment: an application of the National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). *Child Abuse Negl.* 1999; 23: 633-50.

10. CONCLUSIONES

En el servicio de hospitalización pediatría se presentan reingresos y recurrencia por sospecha de violencia en los niños, debido a sus características sociodemográficas donde predominan los estratos 1 y 2 y a su corta edad que los hace vulnerables al maltrato.

El principal diagnóstico asociado a violencia por el cual acudieron los niños al servicio de hospitalización pediatría encontramos los asociados a negligencia y abandono y por patología fueron las quemaduras.

La principal agresora es la madre ya que al ser la cuidadora principal de los niños la vuelve una figura vulnerable que puede caer fácilmente en la desesperanza y la poca tolerancia, favoreciendo el maltrato, esto se podría asociar a la falta de educación a la cultura y al desempleo.

La perspectiva que se tiene del maltrato infantil en el servicio de hospitalización pediatría es poco alentadora. Predominando los reingresos por secuelas y complicaciones de las quemaduras y recurrencias por fractura, Eda, contusión y violencia física cabe resaltar que en el servicio de hospitalización pediatría no se cuenta con un registro de los casos que reingresan y recurren por sospecha de violencia.

Los casos por sospecha de violencia no tienen un buen manejo ya que el servicio no cuenta con un protocolo pertinente para este tema, ni una buena ruta de atención.

11. RECOMENDACIONES

Se debe hacer una correcta anamnesis, examen físico céfalo caudal y revisión diagnóstica con enfoque de riesgo para detectar violencia y/o diferentes tipos asociados a la violencia.

En futuros estudios se recomienda que se tenga en cuenta las variables de edad educación y estrato socioeconómico de los padres para poder realizar una asociación de estas y determinar cómo influyen en el ingreso, reingreso y recurrencia de los niños por sospecha de violencia.

Implementar un `protocolo destinado a la atención de los niños que recurren y reingresan al servicio de hospitalización pediatría por sospecha de violencia para el personal de salud

Adoptar rutas de atención para los niños que reingresan y recurren por sospecha de violencia de esta manera el personal de salud sabría cómo actuar ante estos casos.

Se recomienda implementar, capacitar y evaluar periódicamente al personal que labora en el servicio de hospitalización pediatría en cuanto a la guía del menor maltratado del ministerio de salud para que haya una buena clasificación y reporte de estos casos.

Socializar y evaluar el protocolo de violencia y/o abuso sexual en el servicio de hospitalización pediatría del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo con el fin de que los profesionales de la salud brinden una atención adecuada a estos niños y niñas.

Implementar un `protocolo destinado a la atención de los niños que recurren y reingresan al servicio de hospitalización pediatría por sospecha de violencia para el personal de salud, con el fin de superar las falencias que se generan en la atención de estos niños y niñas por este motivo se recomiendan implementar el protocolo de Londres.

Para el mejoramiento de las rutas de atención dentro del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, primero se tiene que conocer en donde y cuáles son los tipos de falencia que este presenta a la hora de abordar los casos de violencia en niños maltratados, para ello proponemos implementar el protocolo de Londres el cual tiene como objetivo investigar y analizar el evento adverso o el incidente no solo limitándose a la identificación del evento y del profesional

responsable, si no yendo un poco más allá; teniendo un enfoque estructurado y sistémico, facilita una investigación coherente la cual permite realizar entrevistas y disminuye el miedo a represarías, los métodos asignados han sido creados para no asignar culpas. Todo esto con el fin de identificar alguna acción u omisión como la causa del evento adverso.



En este protocolo se entiende que las decisiones que se toman a nivel gerencial se transmiten hacia abajo en el organigrama institucional hacia las demás dependencias de la misma.

Existen barreras de seguridad cuyo objetivo es mitigar la ocurrencia de fallas en procesos, estas pueden ser de tipo físico diligenciar fichas adecuadamente y tiempo prudencial para reportes, humanas como la concientización de la importancia de reportar ya que si se reporta oportunamente se evitara consecuencias adversas para el niño, tecnológicas como contar con computadores disponibles y en buen estado y administrativas como el entrenamiento, difusión de protocolos, capacitación adecuada y la debida supervisión.

Al momento de inspeccionar las posibles falencias generadas en el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo determinamos (ver cuadro "factor contributivo"):

ORIGEN	FACTOR CONTIBUTIVO
PACIENTE	Usuario que en ocasiones debido a la edad no verbaliza se dificulta establecer el diagnostico
TAREA Y TECNOLOGÍA	No existen reportes claros y concisos sobre los casos de sospecha de violencia. Tampoco hay protocolos en la institución sobre como reportar y abordar dichos casos. Las pruebas diagnósticas arrojan que hubo una lesión pero no se puede determinar en algunos casos si fue por maltrato.
INDIVIDUO	Conocimiento habilidades salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	En muchas ocasiones no se hace la supervisión adecuada y por esto en algunas ocasiones se hacen subregistros.
AMBIENTE	En muchas ocasiones hay una carga laboral pesada y el intervalo de tiempo que dan para revisar un usuario es corto y muchas veces no se permite una entrevista y una revisión a profundidad.
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras; estructura organizacional, políticas estándares y metas
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externo

Hay que resaltar que en algunas ocasiones el personal de salud puede incurrir en omisión debido que al momento de presentarse un caso de sospecha de violencia, en algunas ocasiones sus prácticas son inadecuadas, al no diagnosticar ni reportar el caso debidamente.

Se debe considerar que si bien se incumple con el rol protector infantil que le asiste al profesional de la salud, en muchas ocasiones esto se debe a razones como desconocimiento de leyes, poca protección del Estado respecto a los profesionales implicados en el caso, experiencias anteriores que no se resolvieron favorablemente o que generaron sanciones para el denunciante, temor a represalias y al hostigamiento que pueden sufrir los profesionales por familiares del niño, cuya consecuencia genera un rechazo a todo lo relacionado con el aspecto legal y, en consecuencia, optan por no denunciar⁶⁴⁶⁵⁶⁶, el protocolo de

⁶⁴ ARRIETA VERGARA, Katherine M., DÍAZ CÁRDENAS, Shyrley, & GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Farith. (2014). Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(2), 103-111.

⁶⁵ AZEVEDO, Marina Sousa, GOETTEMS, Marília Leão, Brito, Adão, POSSEBON, Anna Paula, DOMINGUES, Juliana, DEMARCO, Flávio Fernando, & TORRIANI, Dione Días. (2012). Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 5-11.

Londres nos ayudaría a identificar mejor donde están incurriendo estas falencias ya que cuenta con un proceso de abordaje estructurado y que responde a una sistematización coherente; de esta manera se tendrá un punto de partida fundamentado y se podrá conducir a un diagnóstico correcto y por ende los informes de los análisis serán más eficientes , porque si bien hay un incumplimiento médico, no hay que desconocer que en ocasiones hay ausencia de apoyo institucional, por esto se recomienda que la institución u organismos de control hagan un buen acompañamiento al profesional de salud de esta manera aumentarían los reportes y se identificarían más casos que repercutirían positivamente en el bienestar de los niños que están siendo afectados.

También hay que caer en cuenta que las investigaciones que únicamente buscan diferenciar los culpables suelen tener poco acierto. Ya que no se está buscando la raíz del problema, este tipo de protocolos se verán más como una amenaza, que busca castigar al personal implicado por ende en algunas ocasiones no se informan ciertos accidentes o incidentes. El Protocolo de Londres utiliza métodos que han sido creados para no asignar culpas por ende este disminuye el miedo a represarías, ya que considera el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores.

Se recomienda también hacer una anamnesis y revisión diagnóstica con enfoque a riesgo de detección de MI a los niños que tengan diagnósticos asociados a violencia.

En futuros estudios se recomienda que se tenga en cuenta las variables de edad educación y estrato socioeconómico de los padres para poder realizar una asociación de estas y determinar cómo influyen en el ingreso, reingreso y recurrencia de los niños por sospecha de violencia.

Implementar un `protocolo destinado a la atención de los niños que recurren y reingresan al servicio de hospitalización pediatría por sospecha de violencia para el personal de salud

Adoptar rutas de atención para los niños que reingresan y recurren por sospecha de violencia de esta manera el personal de salud sabría cómo actuar ante estos casos.

⁶⁶ PIREs, Joelza M., GOLDANI, Marcelo Zubaran, VIEIRA, Elisabeth M., NAVA, Tiago R., FELDENs, Letícia, CASTILHOS, Kelly, SIMAS, Vinícius, & FRANZON, Núbia S... (2005). Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1), 103-108.

Se recomienda implementar, capacitar y evaluar periódicamente al personal que labora en el servicio de hospitalización pediatría en cuanto a la guía del menor maltratado del ministerio de salud para que haya una buena clasificación y reporte de estos casos.

BIBLIOGRAFIA

ARRIETA VERGARA, Katherine M., DÍAZ CÁRDENAS, Shyrley, & GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Farith. (2014). Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(2), 103-111.

AZEVEDO, Marina Sousa, GOETTEMS, Marília Leão, Brito, Adão, POSSEBON, Anna Paula, DOMINGUES, Juliana, DEMARCO, Flávio Fernando, & TORRIANI, Dione Días. (2012). Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 5-11.

BELLINZONA, Gabriela, DECUADRO, Marcelo, CHARCZEWSKI Gloria y RUBIO, Ivonne. Maltrato infantil y abuso sexual: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001. En: *Rev. Méd. Urug. Mar*, 2005. vol.21 no.1.p.1

CHENAIS CLAUDE, Jean. Histoire de la violence. Citado por TRUJILLO BLAIR, Elsa. Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. En *Rev. Polít. cult. Ene*, 2009. no.32.p. 9-33.

COLOMBIA. CONCEJO DE BOGOTÀ D.C. proyecto de acuerdo 012 de 2004 (2, de enero, 2004). "Por medio del cual se crean los CAIV (Centros de Atención Inmediata en Valores) y se reglamentan sus funciones". *Anales del Concejo. Bogotá D.C.*, 2004. 2 p

COLOMBIA. Congreso de la república. Decreto 087 de 2016

COLOMBIA. Congreso de la república. Decreto 3039 de 2007.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1098 de 2006.

COLOMBIA. Congreso de la república. Ley 1146 de 2007.

COLOMBIA. Congreso de la república. ley 12 de 1991.

COLOMBIA. Congreso de la república. ley 294 de 1996.

COLOMBIA. Congreso de la república. ley 599 de 2000.

COLOMBIA. Congreso de la república. Resolución 000459 de 2012.

COLOMBIA. Congreso de la república. resolución 412 de 2000.

DECLARACIÓN MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Convención Mundial sobre los Derechos del Niño. Washington DC: ONU, 1985.

LEÓN-LÓPEZ Dra. Araceli, LOREDO-ABDALÁ Dr. Arturo, Trejo-Hernández Dr. Jorge, Dra. Gloria Elena López-Navarrete, Dra. Corina Araceli García-Piña, Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo.

FERNÁNDEZ Dra. Gladys Couse¹ y PEREA CORRAL Dr. Jesús, Rev. Cubana Pediatr v.76 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2004; Síndrome del maltrato infantil

ESPINAR, MARTÍNEZ José María, RODRÍGUEZ CORTÉS Gloria. Análisis de los reingresos como indicador de calidad del hospital San Juan de la Cruz. Andalucía.2013.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. La violencia contra los niños, niñas y adolescentes. magnitud y desafíos para américa latina. San José, Costa Rica. 2007.6 p.

GARCÍA ORTEGA, Cesáreo, BARRIOS ALMENARA, José y GARCÍA ORTEGA, José Javier. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. En: Rev. Esp. Salud Pública.1998. vol.72, no.2, p.103-110.

GARCÍA-PIÑA, *. D.-A.-H. (2008). Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco. Acta Pediátrica de México, 29(1), 9-10-11.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. "Metodología de la investigación". 6 ed. Editorial Mc Graw Hill/ interamericana editores, s.a. de C.V. México 2014

JENCKS S, WILLIAMS M, COLEMAN E. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. N Eng J MEd 2009; 360:1418-1428
Landwirth J. Fetal abuse ad neglect: an emerging controversy Pediatrics 1987; 79:508-514.

LOREDO ABDALÁ, Arturo, TREJO HERNÁNDEZ Jorge, GARCÍA PINA Corina. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte. En: Salud Ment. 2011. vol.34 no.1.

MARTOS RUBIO, Ana. ¡No puedo más! Las mil caras del maltrato psicológico. España: S.A. McGraw-Hill/Interamericana. 2003.
Mexicanos 2004; pp17-27.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN. La violencia y sus causas [en línea]. París. 1981. 9 p. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0004/000430/043086so.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre maltrato infantil. Ginebra. Nota descriptiva nº 150, 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. Ginebra. 16 de octubre 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2002. 1 p.

PAUL CHARLES, E. Darwich- Soliva (2011). Signos cutáneos del maltrato infantil. Actas Dermo-sifiliograficas, Barcelona-España 109(2), 3-4.

PIRES, Joelza M., GOLDANI, Marcelo Zubaran, VIEIRA, Elisabeth M., NAVA, Tiago R., FELDENS, Letícia, CASTILHOS, Kelly, SIMAS, Vinícius, & FRANZON, Núbia S.. (2005). Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5(1), 103-108.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/drae/>.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/drae/>.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/drae/>.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 Ed. En: <http://buscon.rae.es/drae/>.

SANMARTÍN José. "Violencia contra los niños". 3 ed. Barcelona: Ariel. 2005. 86 p.
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. Vigilancia en salud pública de las violencias de género código INS: 875. (21, marzo, 2017) fichas sobre violencia de HUHMP niños de 0 – 14 años periodo 2016. Neiva, 2017. 1 p.

LARRAIN Soledad, BASCUÑÁN Carolina, 4º estudio de maltrato infantil Unicef
LARRAÍN Soledad, BASCUÑÁN Carolina, maltrato infantil y relaciones familiares Chile Unicef 2008.

VILLAROEL GM. Niños en la calle, maltrato y función pública. Cuaderno de divulgación del IDID La Paz. 2001; 11(3):2–6.

Anexos

Anexo A. Acuerdo de confidencialidad para investigadores



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES.

Yo, Francy Hollmin Salas Contreras, identificado con cédula de ciudadanía N° 36183535 de Neiva, como investigador principal del proyecto: Recurrencia y Reingreso por Internación en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por casos de sospecha de Violencia durante El 2016, que se realizará en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Corazón para servir
Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 – 871 7469 Neiva - Huila
www.hospitaluniversitarioneiva.com E-mail: hun@hospitaluniversitarioneiva.com

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los tres días, del mes de mayo del año 2017

NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

Franco H. Dela H.
FIRMA
C.C. 31383555
TELÉFONO 3188677060
E-MAIL franhoisa@yahoo.com

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

NOMBRE COINVESTIGADOR 1

FIRMA *Andica Carolina Ricaute B*
C.C. 1075810371
TELÉFONO 3138161736
E-MAIL carcarute983@gmail.com

NOMBRE COINVESTIGADOR 2

FIRMA *Martha Juana Montero Castaño*
C.C. 1077852537
TELÉFONO 3203641381
E-MAIL maria.montero.872@outlook.com

NOMBRE COINVESTIGADOR 3

FIRMA *Sox Dwan Tovar Ramirez*
C.C. 1075295299
TELÉFONO 3227506393
E-MAIL Soxdu18@hotmail.com

NOMBRE COINVESTIGADOR 4

FIRMA *Yessy Pamela Vides David Trujillo*
C.C. 1075290483
TELÉFONO 3186937017
E-MAIL djvidetortoy126@outlook.com

Anexo B. Acta de aprobación del comité de ética, bioética e investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

 **HOSPITAL**
UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
Empresa Social del Estado

 METR
ACREDITACIÓN

**COMITÉ DE ÉTICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA**

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 006-015

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 16 de Mayo del 2017.

Nombre completo del Proyecto: "RECURRENCIA Y REINGRESOS POR INTERNACIÓN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA POR CASOS DE SOSPECHA DE VIOLENCIA EN EL HUHP DURANTE EL 2016"

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigadora Francy Holliminn Salas Contreras y Co-investigadores Victor David Trujillo Lombana, Martha Lucia Montero Castaño, Andrea Carolina Ricaurte Botina, José Duvan Tovar Ramírez.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

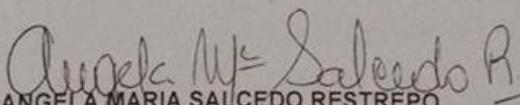
1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto
 - b. Protocolo de Investigación
 - c. Formato de Consentimiento Informado
 - d. Protocolo de Evento Adverso
 - e. Formato de recolección de datos
 - f. Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
 - h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

¡Corazón para servir!
Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425
Correo institucional: hospital.universitario@huhmp.gov.co
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co
Neiva - Huila

3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
 - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - h. El Investigador se compromete con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
 - i. Si este proyecto avalado va participar en evento académico, informar de manera escrita al Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital UHMP.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigadora: Francy Hollminn Salas Contreras.


Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación

¡Corazón para servir!

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425
Correo Institucional: hospital.universitario@huhmp.gov.co
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co
Neiva - Huila



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación



Vigilancia en salud pública de las violencias de género código INS: 875

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS		FOR-R02.0000-053 V:01 2017/01/01	
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID			
5. MODALIDAD DE LA VIOLENCIA			
5.1 Violencia no sexual <input type="radio"/> 1. Física <input type="radio"/> 2. Psicológica <input type="radio"/> 3. Negligencia y abandono	5.2 Violencia sexual <input type="radio"/> 4. Abuso Sexual <input type="radio"/> 5. Acoso sexual <input type="radio"/> 6. Violación	<input type="radio"/> 7. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes <input type="radio"/> 10. Trata de personas con fines de explotación sexual <input type="radio"/> 12. Actos sexuales con uso de la fuerza	<input type="radio"/> 14. Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación forzada, mutilación)
6. DATOS DE LA VICTIMA			
6.1 Actividad <input type="radio"/> 13. Líder(es) cívicos <input type="radio"/> 24. Estudiante	<input type="radio"/> 26. Otro <input type="radio"/> 28. Trabajadora doméstica	<input type="radio"/> 29. Trabajo sexual <input type="radio"/> 30. Campesin(a)	<input type="radio"/> 31. Ama'lo de casa <input type="radio"/> 32. Persona que cuida a otras <input type="radio"/> 33. Ninguna
6.2 Orientación sexual <input type="radio"/> 1. Homosexual <input type="radio"/> 2. Bisexual <input type="radio"/> 3. Transexual <input type="radio"/> 4. Otra	6.2.1 Identidad de género <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino <input type="radio"/> 3. Transgénero	<input type="radio"/> 4. Intergénero <input type="radio"/> 5. Otro	6.3 Consumo de SPA <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No 6.4 Mujer cabeza de familia <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No 6.5 Antecedente de violencia <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No 6.6 Alcohol víctima <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
7. DATOS DEL AGRESOR			
7.1 Edad <input type="text"/>	7.2 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> F. Femenino <input type="radio"/> 3. SD, sin información	7.3 Parentesco con la víctima <input type="radio"/> 9. Padre <input type="radio"/> 10. Madre <input type="radio"/> 22. Pareja <input type="radio"/> 23. Ex-Pareja <input type="radio"/> 24. Familiar <input type="radio"/> 25. Ninguno	
7.4 Convive con el agresor (a) <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	7.5 Agresor no familiar <input type="radio"/> 1. Profesor (a) <input type="radio"/> 2. Amigo (a) <input type="radio"/> 3. Compañero (a) de trabajo	<input type="radio"/> 4. Compañero (a) de estudio <input type="radio"/> 6. Desconocido (a) <input type="radio"/> 7. Vecino (a)	<input type="radio"/> 8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="radio"/> 9. Sin información <input type="radio"/> 10. Otro <input type="radio"/> 11. Jefe <input type="radio"/> 12. Sacerdote / pastor <input type="radio"/> 13. Servidor (a) público
7.6 ¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado? <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No			
8. DATOS DEL HECHO			
8.1 Mecanismo utilizado para la agresión <input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / asfixación <input type="radio"/> 2. Caídas <input type="radio"/> 3. Contundente / cortocandente <input type="radio"/> 4. Cortante / cortopunzante / Punzante <input type="radio"/> 11. Proyectil arma fuego <input type="radio"/> 12. Quemadura por fuego o llama <input type="radio"/> 13. Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas <input type="radio"/> 14. Quemadura con líquido hirviendo <input type="radio"/> 15. Otros mecanismos <input type="radio"/> 16. Sustancias de uso doméstico que causan irritación			
8.2 Sitio anatómico comprometido con la quemadura <input type="radio"/> Cara <input type="radio"/> Mano <input type="radio"/> Pliegues <input type="radio"/> Cuello <input type="radio"/> Pies <input type="radio"/> Genuales <input type="radio"/> Tronco <input type="radio"/> Miembro superior <input type="radio"/> Miembro inferior		8.3 Grado <input type="radio"/> 1. Primer grado <input type="radio"/> 2. Segundo grado <input type="radio"/> 3. Tercer grado	8.4 Extensión <input type="radio"/> 1. Menor o igual al 5% <input type="radio"/> 2. Del 6% al 14% <input type="radio"/> 3. Mayor o igual al 15%
8.5 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>	8.5.1 Hora del hecho <input type="text"/>	8.6 Escenario <input type="radio"/> 1. Vía pública <input type="radio"/> 2. Vivienda <input type="radio"/> 3. Centro educativo <input type="radio"/> 4. Oficina o edificio de oficinas <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 8. Establecimiento comercial (tienda, centro comercial, etc) <input type="radio"/> 9. Espacios terrestres al aire libre (bosque, potreros, etc) <input type="radio"/> 10. Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol	
8.7. Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia <input type="radio"/> 1. Escolar <input type="radio"/> 2. Laboral <input type="radio"/> 3. Institucional <input type="radio"/> 4. Virtual <input type="radio"/> 5. Comunitario <input type="radio"/> 6. Hogar <input type="radio"/> 7. Otros ámbitos			
9. ATENCIÓN EN SALUD			
Profilaxis VIH <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	Profilaxis Hep B. <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	Otras profilaxis <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	Anticoncepción de emergencia <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
Orientación IVE <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	Salud Mental <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	Remisión a protección <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	Informe a autoridades / denuncia a policía judicial (URL, CTI), fiscalía, policía nacional <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
Recolección de evidencia médico legal <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No			

Correos: sivigila@ins.gov.ec / ins.sivigila@gmail.com

Anexo D. Instrumento para la recolección de información de casos de sospecha de violencia y asociados – instrumento (Google)

RECURRENCIA Y REINGRESO POR

Edad*

Tu respuesta

Régimen

Subsidiado

Contributivo

Vinculado

No Asegurado

Estrato

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>					

Escolaridad

Ninguno

Preescolar

Municipio de residencia

Tu respuesta _____

Área de residencia

- Urbano
- Centro poblado
- Rural

Servicio de Ingreso

- Consulta externa
- Urgencias
- Remitidos de otras Ips
- Otro: _____

Ingreso por tipo de patología

- Otro: _____

Ingreso por sospecha de violencia

- Sí
- No

Tipo de sospecha de violencia al ingreso

- Negligencia y abandono
- Violencia Física
- Abuso sexual
- Violencia psicológica
- Acoso sexual
- Síndrome del niño zarandeado
- Otro: _____

Reingreso

- Sí
- No

Numero de reingreso

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-

Reingreso 1 por tipo de patologia

- Fracturas
- Quemaduras
- Desnutricion
- Problemas respiratorios
- Dengue

Enfermedades gastrointestinales

Otro: _____

Reingreso 2 por tipo de patologia

- Fracturas
- Quemaduras
- Desnutricion
- Problemas respiratorios
- Dengue
- Eda
- Trauma cranoencefalico
- SD febril agudo
- Heridas por mordedura de perro y accidente rabico
- Enfermedades gastrointestinales
- Otro:

Tipo de sospecha de violencia por reingreso

- Negligencia y Abandono
- Violencia física
- Abuso sexual
- Violencia Psicológica
- Acoso sexual
- Síndrome del niño Zarandeado
- Otro: _____

Recurrencia

- Sí
- No

Recurrencia por tipo de patología

Recurrencia por tipo de patología

- Fracturas
- Quemaduras
- Desnutrición
- Problemas Respiratorios
- Enfermedades Endémicas
- Eda
- MENINGITIS BACTERIANA
- Otro: _____

Tipo de sospecha de violencia por recurrencia

- Negligencia y abandono
- Violencia física
- Abuso sexual
- Violencia psicológica

Otro: _____

Tipo de Agresor

Padre

Madre

Abuelo

Tio

Padrastro

Madrastra

Hermano

Otro: _____

ENVIAR

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.