UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

MALTRATO INFANTIL: CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO RADIÓLOGO EN LA DETECCIÓN PRIMARIA.

AUTOR: Alonso Martínez, María Florencia.

TUTOR: Ariel Norberto Sdrigotti.

TÍTULO: Licenciatura en Producción de Bioimágenes.

DIRECTOR DE LA CARRERA: Carlos Blanco.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por el apoyo incondicional que me brindan y por haber confiado en mí.

A mis hermanos porque son la razón de mi superación.

A Leandro por el cariño y el apoyo durante estos años.

A mis compañeros por el afecto que me dieron, y a todas esas personas que me sumaron un granito de arena para seguir adelante.

Al profesor Raúl Gomez Alonso por su colaboración.

A mi tutor Ariel Norberto Sdrigotti por guiarme y aconsejarme en este trabajo.

Resumen

El papel de la imagen en los casos de sospecha de malos tratos no es solo identificar el grado de lesiones físicas, sino también valorar todos los hallazgos de imagen que apunten hacia diagnósticos alternativos. Se hace preciso pruebas clarificadoras que nos lleve a un diagnostico seguro y evite por un lado errores diagnósticos y por otro mantener una situación de riesgo de nuevos episodios de maltrato de consecuencias impredecibles.

La actual oferta tecnológica del diagnóstico por imagen, exige al clínico que se enfrenta a un diagnóstico de sospecha de maltrato físico, conocer cuáles son las lesiones más específicas de confirmación diagnóstica, así como cuál es la técnica/as más indicada de acuerdo a la clínica y edad del paciente.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, donde trabajó con 20 Técnicos Radiólogos que realizar su labor en un efector provincial público de la ciudad de Rosario.

Para la recolección de datos se construyó una encuesta que consta de 9 preguntas.

Las respuestas están relacionadas con la experiencia laboral de cada uno de los encuestados.

Resultados: Los datos recolectados demuestran que los Técnicos Radiólogos poseen conocimientos para poder detectar de manera primaria un caso de posible maltrato infantil.

Palabras clave: Maltrato infantil- Técnicos Radiólogos- Conocimientos.

INDICE

Resumen……..…Página 3
Índice……..… Página 4
Introducción…….Página 5
Tema……..Página 7
Problemática…….Página 7
Objetivos……..…. Página 7
Marco Teórico…….....Página 8
Definición de Maltrato Infantil según la OMS…. Página 8
Diagnóstico por la Imagen en el Maltrato Infantil… Página 8
Radiología convencional……... Página 9
Radiografías de extremidades…… Página 9
Radiografía de Tórax…… Página 10
Radiografía de columna vertebral……Página 11
Lesiones cefálicas……Página11
Tabla de descripción de la serie esquelética…… Página 12
Tipos de maltratos……. Página 13
Clasificación de maltrato en cuanto la gravedad…..... Página 16
Aspectos legales…… Página 17
Ley 26.061: de Protección Integral…….Página 20
Estado del Arte…….. Página 21
Marco Metodológico…… Página 23
Análisis e Interpretación de datos…… Página 24
Conclusión…….Página 29
Bibliografía……Página 30
Anexos…… Página 31

INTRODUCCION

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños.De a poco los mitos y prejuicios que giran alrededor de estos temas se van aclarando y nos permite conocer la realidad. La violencia y el maltrato se expresan de diferentes formas. Dentro de las formas más frecuentes se encuentran: el maltrato infantil.

Por muchos años se pensó que estos hechos se producían solo en familias de bajo nivel socioeconómico, pero la experiencia indica que se producen en todos los niveles sin excepción y que incluye a personas de todas las edades, sexos y razas.

El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos.

El maltrato infantil es un problema psicosocial que afecta a todas las clases sociales, teniendo consecuencias importantísimas en el desarrollo posterior del niño.

Esta problemática comienza a ser objeto de estudio de interés por parte de los profesionales de la salud a partir del siglo XX.

Los hechos de violencia hacia los niños revisten un carácter de invisibilidad dado que por lo general ocurren puertas adentro del ámbito familiar. Los casos que se conocen son los que transcienden la intimidad del hogar y solo constituyen el principio de un fenómeno mucho más amplio.

Con el transcurso de los siglos, y como resultado de una evolución lenta y progresiva de los valores acerca de lo que es y debe ser un niño, hoy se ha llegado al concepto de infancia como un período sustantivo, distinto cualitativamente de los otros momentos de la vida.

El maltrato infantil es un trato inadecuado hacia los niños por parte de los adultos responsables.

Es importante por lo antes mencionado que las técnicas de imagen pueden anticipar un diagnóstico presuntivo de maltrato infantil por parte del Técnico Radiólogo, siempre valorando el contexto de una historia clínica, social y una exploración física cuidadosa; considerando que el diagnóstico y seguimiento de estos niños maltratados es una labor de un equipo multidisciplinario.

Con este trabajo se pretende determinar los conocimientos que poseen los técnicos radiólogos sobre el aviso temprano y la posibilidad de maltrato infantil.

TEMA

Detección temprana de Maltrato Infantil.

PROBLEMÁTICA

¿Cuáles son los conocimientos y protocolos que tienen los técnicos radiólogos sobre el actuar en casos presuntos de maltrato infantil?

OBJETIVOS

GENERAL

- Describir cuales son los conocimientos que tienen los técnicos radiólogos sobre el actuar en casos de maltrato infantil.

ESPECIFICOS

- Identificar los indicadores de maltrato conocidos por los técnicos radiólogos en el ámbito de la salud.
- Evaluar el nivel de conocimiento adquirido por el Técnico Radiólogo.
- Describir el protocolo a seguir en caso de sospecha de malos tratos.

MARCO TEORICO

Definición de Maltrato infantil según la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) DEFINE AL Maltrato Infantil como cualquier acción u omisión de acción que viole los derechos de los niños y adolescentes y afecte la posibilidad de que disfruten de un grado óptimo de salud, que afecte su supervivencia o su desarrollo.

DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN EN EL MALTRATO INFANTIL

En la actualidad, el diagnostico por la imagen ha adquirido una importancia fundamental sobre todo con el advenimiento de nuevas técnicas (ecografías, TAC, RM) no deben ser utilizadas bajo ningún concepto de forma indiscriminada; cada técnica tiene sus indicaciones, sus ventajas y desventajas, y deben utilizarse de forma razonada y complementaria en cada caso particular.

La sospecha y el hallazgo de fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos continúan siendo, a pesar del paso del tiempo y de la aparición de nuevas técnicas, una de las principales indicaciones de exploración por la imagen, siendo la exploración radiológica convencional la técnica adecuada. No hay que olvidar que el reconocimiento precoz de estas lesiones puede evitar en un futuro la repetición de maltrato con trastornos graves e incluso la muerte.

Hay que destacar a su vez la importancia fundamental del radiólogo entre los profesionales de los equipos multidisciplinarios frente al diagnóstico de maltrato infantil. El radiólogo pediátrico desempeña un papel fundamental no solo en el diagnóstico de las lesiones, sino también e indirectamente en la prevención del maltrato.

Los hallazgos por medio de los métodos de imagen permiten diagnosticar con certeza y claridad la existencia de lesiones en muchos casos con sospecha fundada y razonada de malos tratos. En los países donde existe para los profesionales la obligatoriedad por ley declarar o denunciar casos sospechosos de maltrato, los radiólogos y a su vez los

documentos radiológicos se consideran fundamentales desde el punto de vista diagnóstico y médico-legal, motivo por el cual es de vital importancia la custodia de dichos documentos.

ESTUDIOS PARA UNA DETECCION PRIMARIA DEL MALTRATO INFANTIL

RADIOLOGIA CONVENCIONAL

La exploración comprende radiografías anteposteriores (AP) y laterales de las extremidades superiores e inferiores, que abarque la articulación del hombro y las manos, y la región pélvica para descartar fracturas de las ramas isquiopubianas (altamente sugestivo de traumatismo no accidental), radiografías de cráneo, tórax abarcando clavículas y la articulación del hombro, lo suficientemente penetrada como para visualizar las ultimas costillas y columna vertebral.

En estos estudios se obtiene una imagen total del niño.

La seriada esquelética constituye la primera exploración del niño con sospecha de maltrato físico.

RADIOGRAFIA DE EXTREMIDADES

El hallazgo de fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos indica que los actos traumáticos deliberados por impacto directo se han producidos en distintos periodos cronológicos constituyendo una de las manifestaciones más características. Cuando un niño sufre un accidente normalmente padece una sola fractura, y si las fracturas son múltiples, éstas se producen en el mismo momento y los estadios evolutivos de curación serían los mismos para cada fractura.

Las fracturas junto con las lesiones cutáneas (hematomas, contusiones y quemaduras) configuran el cuadro más evocador de maltrato físico.

El hallazgo de fracturas en distintos estadios evolutivos aún debe considerarse característico, lo que no quiere decir que para muchos investigadores que sea la forma de manifestaciones más frecuente.

La localización más frecuente es a nivel del humero, fémur(diáfisis) y cubito y peroné en menores de 1 año (véase en anexo, figura 1). Las lesiones metafisiarias se producen por traumatismos o maniobras bruscas y violentas de estiramiento y torsión forzada de las extremidades. Estas lesiones producen verdaderos arrancamientos y fragmentaciones óseas. Estas lesiones pueden observarse perfectamente en ausencia de otros signos generales de maltrato, y sobre todo, en ausencias de otras manifestaciones esqueléticas de origen traumático.

.

RADIOGRAFIA DE TORAX

La radiografía de tórax en proyecciones anteposterior y lateral, suficientemente penetradas, deben abarcar la región supraclavicular y las ultimas costillas, particularmente los arcos costales posteriores a nivel de la unión costo-vertebral. Se valoraran sistemáticamente a parte de las costillas (véase en anexo, figura 2), el acromion, las escapulas, las clavículas y el esternón, para poder descartar a dichos niveles cualquier patología de probable origen traumático. Las fracturas costales múltiples, de acromion, escapulas y esternón son altamente sugestivas de lesión no accidental. Recientemente se han descrito variaciones normales de osificación del proceso acromial, idénticas a fracturas, que no deben ser confundidas con lesiones intencionales.

Aunque pueden existir a cualquier nivel, las fracturas costales secundarias se localizan habitualmente en los arcos costales laterales y posteriores cerca de la unión costo-transversa, afectando a grupos adyacentes de costillas y generalmente a nivel de los cartílagos costales.

Fracturas a nivel de la cabeza costal pueden pasar desapercibidas en la radiografía convencional, siendo solamente visibles cuando coexiste reacción perióstica o cuando se practican radiografías de tórax tangenciales.

Ante cualquier duda de fractura se indica una gammagrafía ósea observándose si existen imágenes de acúmulos de radioisótopos cerca de la unión costo-vertebral o a nivel de la zona sospechosa. Puede confirmar la existencia de fractura un estudio radiológico de control a los 10-15 días, periodo de tiempo en el que el componente de callo será lo suficientemente exuberante como para ser detectado radiológicamente.

Las fracturas costales suelen presentarse con menor frecuencia que las de cráneo (véase en anexo, figura 3) y extremidades, y se asocian en algunos casos con lesiones intratorácicas (contusión pulmonar, hemotorax).

RADIOGRAFIA DE COLOMNA VERTEBRAL

Las lesiones a nivel de la columna vertebral son, afortunadamente, infrecuentes. La afectación de la medula en forma de sección, hemorragia extradural o intramedular, se presentan en raras ocasiones.

En el cuadro radiológico vertebral secundario que comprende fracturas, fractura-luxación y deformidades de cuerpos vertebrales. La deformidad o pérdida de la configuración normal de uno o dos cuerpos vertebrales, con imagen evolutiva en el proceso de reparación o curación de la lesión ósea, hará pensar de forma retrospectiva en un proceso traumático que haya pasado desapercibido. En ocasiones, la deformación en cuña de los cuerpos vertebrales y la cifosis asociada puede confundirse con una tuberculosis vertebral.

El mecanismo habitual es el traumatismo directo a nivel de la espalda cuando el niño es impactado con fuerza sobre un objeto romo (borde de la mesa). Por este mecanismo pueden producirse fracturas-luxaciones o incluso sección medular. Asimismo, se han descrito dislocaciones vertebrales cuando los cuidadores sacuden el cuerpo del niño violentamente sujetándolo por las axilas, despidiéndolo súbitamente a gran velocidad contra un mueble.

La extensión y flexión forzada de la columna vertebral, ocasionada por agarrar al pequeño simultáneamente por la cabeza y los pies, puede ocasionar a su vez lesiones por compresión de cuerpos vertebrales adyacentes, fracturas con luxación.

LESIONES CEFALICAS

- El traumatismo craneocefalico es la causa más frecuente de mortalidad por maltrato infantil y es segundo como causa general de muerte en la edad pediátrica.
- Las lesiones no intencionales se producen con frecuencia en los pequeños que desarrollan aceleradamente nuevas habilidades que exploran constantemente.
- Las lesiones intracraneanas son casi 3 veces más comunes en los niños con abuso que los que no.

- Las lesiones cefálicas representan la mayor parte de las consecuencias del trauma pediátrico.

Tabla de descripción de la serie esquelética. Radiología simple

Región anatómica	**Incidencias**
Cráneo	❖ Frente ❖ Perfil ❖ Towne ❖ Raquis cervical
Tórax	❖ Anteposterior ❖ Perfil
Raquis	❖ Imagen toracolumbar lateral incluyendo pelvis
Extremidades	❖ Superiores con cintura escapular y manos. ❖ Inferiores con raquis lumbar ❖ Pelvis y pies.

TIPOS DE MALTRATO

Clasificación de tipos de maltrato.

TIPOS	**DEFINICION**	**SIGNOS CONDUCTUALES**	**SIGNOS FISICOS**
Abuso Físico (Véase en anexo, figura 4)	Acción no accidental de los padres/cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en	• Signos de negativismo. • Infelicidad. • Enojado, solitario y/o destructivo. • Dificultad de	• Contusiones con forma semejante al objeto usado. • Quemaduras típicas. • Fracturas en

	grave riesgo de padecerlo. Están incluidas conductas de castigo de tipo físico (azotes, bofetadas, empujones, tirarles objetos, palizas).	relacionarse. • Ausencia de ansiedad ante separación de los padres. • Búsqueda constante de atenciones.	diferentes estados de cicatrización. • Lesiones abdominales (perforación intestinal, rotura de vísceras).
Abandono Físico	Las necesidades básicas no son atendidas por ningún miembro adulto de la familia. Están incluidas la falta de asistencia educativa y sanitaria, peligros en el hogar.	• Ausencia de supervisión por un adulto. • Mala atención escolar y sanitaria. • Explotación. • Abandona en el hogar según edad.	• Malnutrición. • Constante fatiga o debilidad. • Mal estado de higiene. • Ropas inadecuadas para el clima. • Falta de atención médica.
Maltrato emocional y/o psicológico	Hostilidad verbal y/o falta de respuesta de una figura estable de apego a expresiones emocionales del niño a los intentos de interacción hacia dicho adulto (indiferencia hacia el niño) durante los seis primeros años de vida. Se incluye el ser testigo de violencia.	• Trastornos emocionales y/o limitación funcional que dependen de la actitud parental. • Trastornos de la conducta. • Ansiedad, apatía y/o depresión. • Insultos, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono, rechazo,	

		aislamiento.	
Abuso sexual.	Cualquier comportamiento en el que el menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Se incluyen exhibicionismo, tocamientos y penetración. También la inducción de un menor a la prostitución por parte de un familiar aunque la relación sexual se mantenga con terceros.	• Niño temeroso, silencioso.	• Daño en el área genital de un niño que no se explique claramente como accidental. • Presencia de enfermedades de transmisión sexual en un niño o preadolescente.
Síndrome de niño sacudido (shaken baby)	Modelo de lesiones clásicas vistas en lactantes y niños pequeños fuertemente sacudidos.	• Pocos síntomas externos.	• Cizallamiento en las extremidades que pueden causar fracturas alrededor del cartílago de crecimiento (fracturas en asa de balde) • Hemorragias intracraneales. • Hemorragia retinaria.
Síndrome de	Forma peculiar de	• Madre	• Niño sano.

Muchausenn	maltrato en que los padres falsean el historial clínico, o altera los resultados de los análisis con el objetivo de buscar asistencia médica costosa y de alto riesgo de tal manera que se lo llega a considerar enfermo.	excesivamente atenta que no quiere abandonar a su hijo. • Quejas de la madre que se está haciendo muy poco por su hijo.	

HEMATOMAS

Es un área de decoloración de la piel que se presenta cuando se rompen pequeños vasos sanguíneos y filtran sus contenidos dentro del tejido blando que se encuentra debajo de la piel.

- ✓ Violeta: menos de 24hs.
- ✓ Azul-morado: 3 días
- ✓ Verdes: 4-7 días
- ✓ Amarillos: 1-2 semanas.

  Los hematomas desaparecen entre las 2 y 4 semanas.

Clasificación de maltrato en cuanto a la gravedad.

- ***Casos de maltrato leve***: cuando la conducta maltratante no es frecuente y su intensidad es mínima. Los efectos del maltrato recibido no han provocado daños en el menor o la menor ni se prevé que se produzcan. Si se ha producido daño, éste no es significativo, por no requerir intervención o tratamiento especializado. En estas circunstancias se procurará, siempre que sea posible, la intervención con las familias o responsables legales del menor o la menor, desde el propio

ámbito que haya detectado el maltrato, en colaboración con los servicios sociales correspondientes, los cuales prestarán el apoyo y asesoramientos necesarios.

- ***Casos de maltrato moderado***: cuando el maltrato recibido, por su intensidad o frecuencia, ha provocado daños en el menor o la menor, o se prevé que puedan producirse en su futuro desarrollo. Por tanto se requiere de algún tipo de intervención o tratamiento especializado, así como el establecimiento de un plan de intervención interdisciplinar y personalizada por parte de los servicios sociales correspondientes, en coordinación entre otros, con los servicios educativos y sanitarios, para salvaguardar la integridad del menor o la menor dentro de su núcleo familiar.
- ***Casos de maltrato grave:*** cuando los efectos del maltrato recibido puedan hacer peligrar la integridad física o emocional del menor o la menor, o provocar daños significativos en su desarrollo, o existe un alto riesgo de que puedan volverse a producir los episodios de maltrato, o bien el niño o niña es muy pequeño o padece algún tipo de enfermedad o discapacidad que lo hacen especialmente vulnerable. Estas circunstancias podrán implicar la adopción de una medida protectora por parte de la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de protección del menor, o en su caso, la derivación a los servicios sociales correspondientes para un tratamiento especializado en el medio.

ASPECTOS LEGALES

El diagnóstico de malos tratos a un niño puede requerir la realización de exploraciones médicas que en el caso del maltrato infantil debemos ser especialmente cuidadosos ya que:

•pueden causar re-experiencia del trauma.

•deben evitar re-exploraciones innecesarias

•prever la participación de un médico forense en casos de exploración genital y anal en abusos sexuales.

Notificación

La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor supuestamente mal-tratado y del propio informante. Lo que se pide al profesional es que detecte indicios razonables para sospechar y los informe.

La notificación debe hacerse siempre a los servicios sociales y a otras instituciones según los casos.

La notificación es:

- una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil
- una obligación legal y profesional

No solo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación legal de notificarlas.

No obstante, debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.

La notificación deberá realizarse a:

- servicios sociales generales (municipales) directamente o a través de los servicios sociales del ámbito laboral en que desarrolla la actividad el profesional que realizo el diagnóstico / detección.
- servicios con competencia en protección de menores en aquellos casos que requieran medidas urgentes: Servicios Sociales con competencias en protección de menores de las Comunidad.
- Juez en los casos regulados por la Ley en que se requiere la comunicación a través de un Parte de lesiones o en aquellas circunstancias en que no sea posible contactar con los servicios sociales con competencias en materia de protección.

La notificación debe incluir:

- datos del menor.
- datos del informante.
- datos del caso.

Tratamiento / Intervención

La actuación en casos de maltrato infantil, independientemente del nivel en que se produzca, tiene que cumplir unos requisitos mínimos. Debe:

- actuar sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de su presentación, intensidad y desarrollo del maltrato. No puede ser puntual, tratar sólo el síntoma.
- considerar a la persona como una totalidad, como un conjunto bio-psico-social y su entorno fa-miliar. No debe limitarse al niño, sino al niño, su familia y el medio.
- realizarse por un equipo de profesionales con formación específica en los problemas familiares y de la infancia, con conocimientos de recursos y estrategias propias de estas situaciones (equipo especializado, no por un conjunto de especialistas).
- desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas, y no desde el voluntarismo.

La actuación en casos de maltrato infantil conlleva desde el ámbito

SANITARIO	❖ Detección de niños en riesgo y/o maltrato infantil. ❖ Tratamiento de las lesiones y comprobación diagnóstica de la etiología. ❖ Notificar a servicios sociales.
EDUCATIVO	❖ Valoración con equipo educativo/dirección y notificar a servicios sociales. ❖ Trabajo coordinado con servicios sociales.

	❖ Seguimiento del niño/familia.
POLICIAL	❖ Detección. ❖ Trabajo coordinado con servicios sociales. ❖ Comunicación al juez y/o servicios de protección.
SERVICIOS SOCIALES	❖ Detección. ❖ Intervención social y en su caso del sistema de protección infantil. ❖ Atención inmediata y urgente.

LEY 26.061: DE PROTECCION INTEGRAL
DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

TITULO II

PRINCIPIOS, DERECHOS Y GARANTIAS

ARTICULO 8° -DERECHO A LA VIDA

. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute, protección y a la obtención de una buena calidad de vida.

ARTICULO 9° -DERECHO A LA DIGNIDADY A LA INTEGRIDAD PERSONAL. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser some tidos a ninguna forma de explotación económica,

torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestros o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a su integridad física, sexual, psíquica y moral.

La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley.

Los Organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral niñas, niños y adolescentes.

ESTADO DEL ARTE

- Se presenta un estudio epidemiológico del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa (cuidad española). Se realizó una cuantificación y categorización de los expedientes de protección infantil y un estudio de los casos que determinados profesionales de la salud identificaron como de maltrato infantil. Se analizaron 189 expedientes abiertos en los que predomina el alto porcentaje de casos de abandono físico (50%) y la baja tasa de casos de abuso sexual detectados (1%). Los profesionales encuestados identificaron un total de 884 casos de maltrato infantil, en los que destaca el mismo porcentaje de casos de abandono físico y el aumento del porcentaje de casos de maltrato y abandono emocional. Realizando las extrapolaciones pertinentes y controlando el posible solapamiento de casos detectados por diferentes fuentes profesionales, se puede considerar que la tasa de

prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa en 1989 era del 15 por mil para los niños/as menores de 15 años.

- Desde enero de 2006 a enero de 2008. Se incluyeron pacientes menores de 16 años atendidos en urgencias en los que se sospechó maltrato.

  De un total de 96.419 urgencias, 71 casos (0,07%) fueron por un potencial maltrato (el 45% físico, el 35% sexual y el 20% por negligencia y abandono). La edad media fue de 6 años, sin diferencias entre sexos. El 86% de los casos consultó por sospecha de maltrato. En un 67% de los casos, el posible maltratador convivía en el domicilio con el menor. Ingresaron 24 pacientes, 14 por criterio médico y el resto para protección del menor. Dos pacientes quedaron con secuelas neurológicas graves y uno falleció. Se derivó a 8 pacientes a un centro de acogida.
- En Chile los servicios de salud registran unos 100 casos anuales; un programa de atención integral de adolescentes reportó 71 casos en un año; otro informe dió cuenta de 22,4% de abuso sexual en niñas abandonadas y uno describió 85% de maltrato en jóvenes encarcelados.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se producen en el mundo cada año 155 000 muertes en niños menores de 15 años debidas a malos tratos.[1] Estudios recientes muestran que más de 120 000 niños son víctimas de malos tratos y más de 600 niños mueren cada año en los Estados Unidos debido al maltrato infantil.

MARCO METODOLÓGICO

MATERIALES YMÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACION

- *Tiempo:* transversal.
- *Datos:* primarios.
- *Lugar:* campo
- *Objetivos:* descriptiva.
- *Fines:* aplicada.
- *Variable:* cualitativa.

Tipo de estudio: No experimental.

- *Lugar:* Efector público, Rosario Santa Fe. Ámbito de la medicina pública, donde se brinda servicio a niños de cualquier tipo de clase social especialmente a personas carenciadas.
- *Universo:* Técnicos radiólogos.
- *Población:* 20 técnicos radiólogos.
- *Variable*: conocimiento acerca de maltrato infantil.
- *Técnicas de recolección*: Encuestas a técnicos radiólogos

Procedimiento

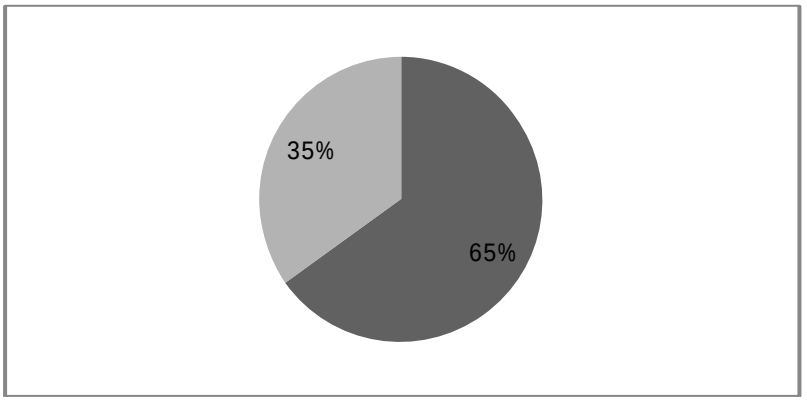
Encuesta a técnicos radiólogos distribuidos según el sexo, que tengan más de un año de antigüedad en el servicio de rayos X en un efector público provincial de la Ciudad de Rosario.

Se confeccionó una encuesta cerrada (ver Anexo), de opción en su mayoría SI/NO de carácter anónimo a partir de la variable establecida que permitieron recolectar información para generar conocimiento respecto a los objetivos propuestos.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Pregunta 1

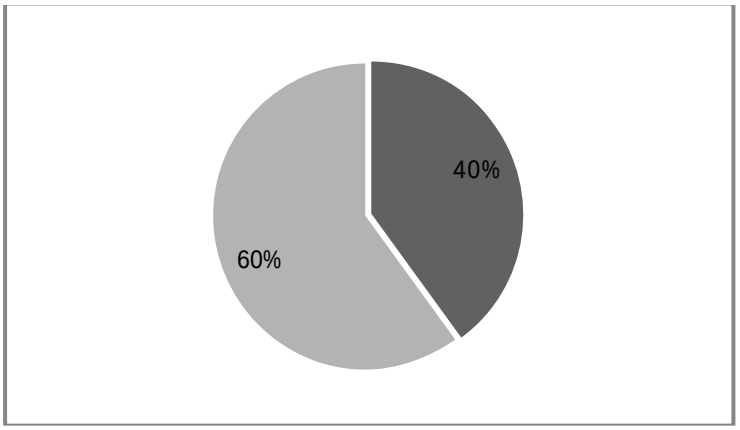
¿Se le ha presentado algún paciente víctima de maltrato infantil?



En base a los datos recolectados de las encuestas se puede comprobar que al 65%, a una importante cantidad de ellos se le han presentado pacientes víctimas de maltrato infantil.

Pregunta 2

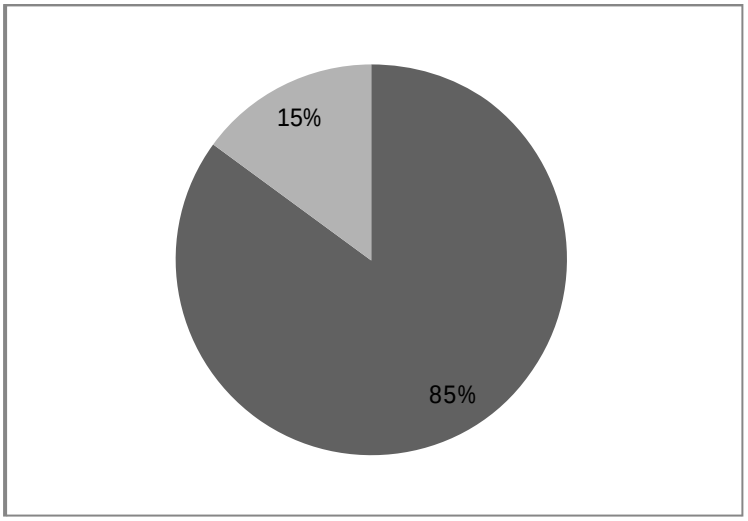
¿Se le puede visualizar con anterioridad algún indicio de maltrato antes de realizarle la radiografía?



Los datos obtenidos en el estudio indicaron que el 60% no puede visualizar con anterioridad algún indicio de maltrato antes de realizarle la radiografía y el 40% si puede hacerlo.

Pregunta 3

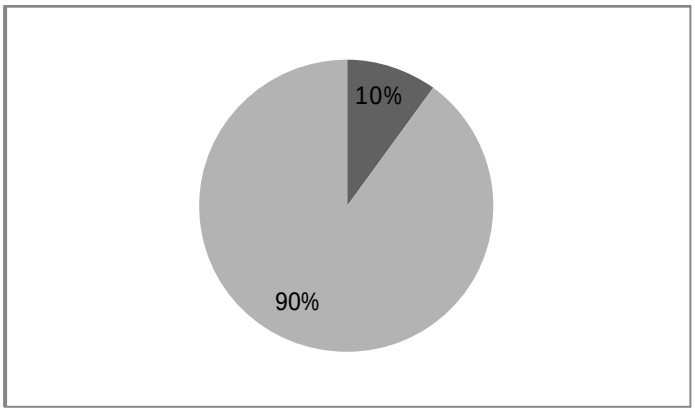
¿Cuáles son las señales que lo ponen en alerta?



En su mayoría el 85% de los encuestados indicaron que la principal señal que los pone en alerta son hematomas en los miembros superiores y el 15% señalo otros indicios.

Pregunta 4

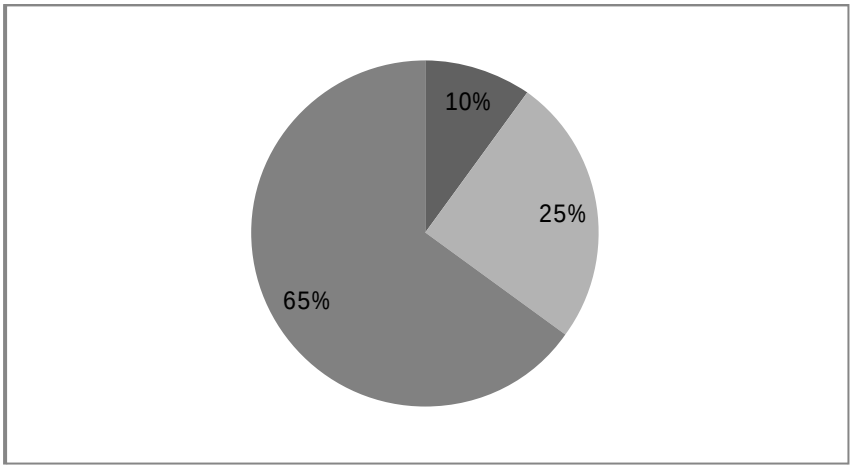
En casos de pacientes reiterativos… ¿setoma alguna medida al respecto?



En la casa totalidad de los casos de pacientes reiterativos (cerca del 90% de los encuestados) marcó que no se toma ninguna medida.

Pregunta 5

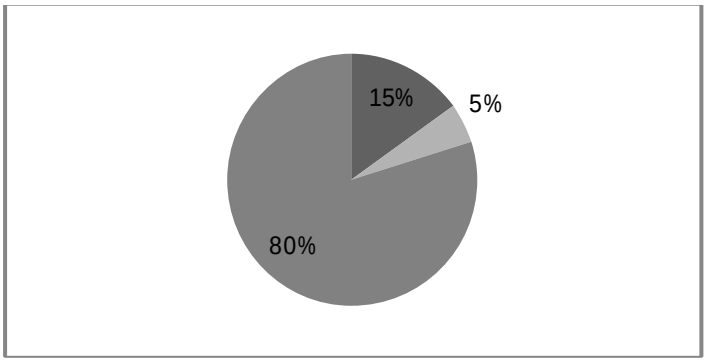
¿Con qué frecuencia se presentan casos de maltrato en el servicio de rayos?



Entre los casos analizados se asegura que la ocurrencia de casos de maltrato infantil se da por lo menos una vez al mes, lo que es un indicador muy fuerte, y se desprende de esto la necesidad de capacitar y poner en conocimiento del técnico radiólogo los recursos para la detección primaria del posible maltrato infantil.

Pregunta 6

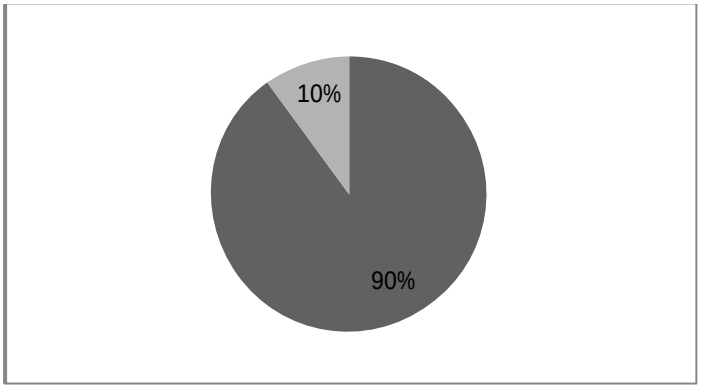
¿En qué región anatómica se presentan habitualmente traumatismos óseos que sugieran maltrato?



Los datos recolectados de las encuestas muestran que el 80% de los casos presenta traumatismo en miembros, el 15% en cráneo y el 5% en costillas.

Pregunta 7

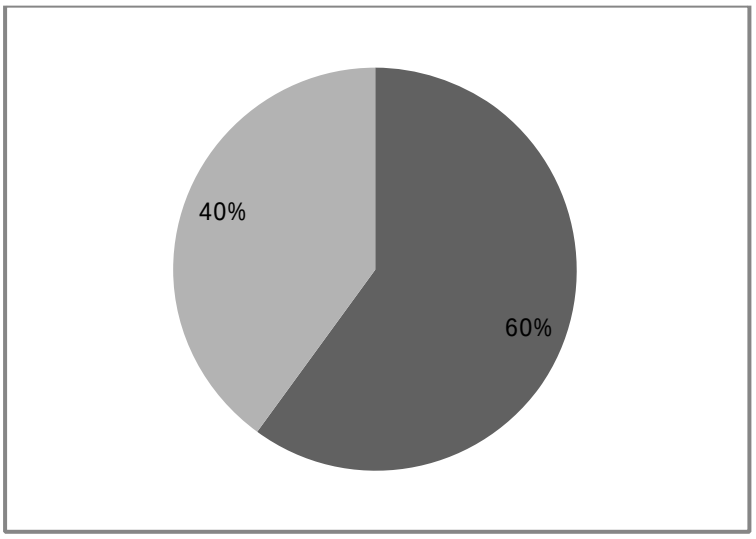
¿Se visualizan reiteradamente callos óseos en las radiografías?



La mayoría respondió que puede visualizar callos óseos en las radiografías.

Pregunta 8

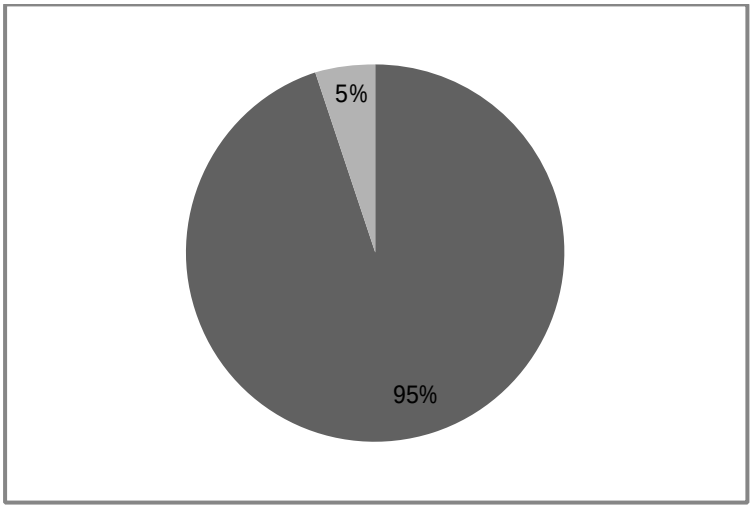
¿Usted cree que se encuentra capacitado para actuar frente a un niño maltratado?



El 60% de los técnicos respondió que cree estar capacitado para actuar frente a un niño maltratado.

Pregunta 9

¿Piensa que sería necesario que se realicen charlas o capacitaciones sobre maltrato para ayudarlo a desenvolverse mejor ante un caso de este tipo?



Casi todos los encuestados creen necesaria más información para poder estar en mejores condiciones para la detección temprana del maltrato infantil.

CONCLUSION

Con este estudio se pretendió determinar el conocimiento que poseen los técnicos radiólogos cuando se presenta un caso de posible maltrato infantil en un servicio de rayos.
Los datos recolectados demuestran que en los servicios públicos se presentan aproximadamente un caso de maltrato infantil por mes y que el técnico radiólogo tiene los conocimientos necesarios para poder identificar de manera primaria indicios del mismo. Cuando el técnico radiólogo llega a percibir de que el niño se podría encontrar en situación de riesgo, ya sea porque pudo observar hematomas en el niño o al ingresar al servicio, el pediátrico avanza con miedo, el radiólogo no se encuentra autorizado legalmente para actuar de manera directa, pero puede acompañar al paciente hasta la sala de guardia sin haberle entregado las radiografías a los padres para notificar al médico solicitante o desde el servicio de rayos comunicarse con el médico de guardia para informarle sobre la posibilidad de que el niño este siendo víctima de maltrato con el objetivo de que el médico de aviso a las autoridades pertinentes y así poder conservar la integridad física del menor.
Desde mi punto de vista se debería capacitar al personal de radiología a través de charlas o seminarios, ya que estos casos son más frecuentes de lo que se cree. Si bien la mayoría de

los entrevistados cree encontrarse capacitado para atender niños maltratados, debido a que posee los mínimos conocimientos sobre los indicadores de maltrato, no se debe dejar de lado el otro porcentaje que cree que no, ya que los pacientes pediátricos necesitan otro tipo de atención y cuidado.

Con respecto a los objetivos planteados en la investigación se podría se han cumplido, ya que se pudo apreciar los conocimientos adquiridos de manera autónoma que poseen los técnicos radiólogos en los indicadores de maltrato. Esto resulta importante para la futura ayuda de un niño.

Saber reconocer, determinar e intervenir en estas situaciones tal vez sea la única oportunidad de un niño de recuperar su infancia, su familia y su futuro.

El maltrato hacia los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, es una enfermedad de la sociedad

Bibliografía

- Zunzunegui, M. V., J. M. Morales, and V. Martínez. "Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud." *AnEspPediatr* 47 (AÑO 1997): 33-41..
- Reyes, Ana Teresa Araujo, and Federico Guillermo Lubinus Badillo. "Maltrato infantil: diagnóstico radiológico." *Revista en internet* (2006). **(www.scienti.colciencias.gov.co)**
- Priua, M. Junyent, JJ García Garcíab, and J. PouFernándezc. "El maltrato infantil: detección e intervención." *Revista Pediatría de Atención Primaria* 6.23 (2004). **(http://www.pap.es/)**
- Ley 26.061 DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS,NÑOS Y ADOLESCENTES. (**www.social.mendoza.gov.ar/.../Leyes/Ley%2026061%20Ley%20Nacion).**
- Aranda, N. Introducción a la problemática del maltrato hacia los niños.
- de Terreros, I. G., Urbano, I. S., & Martín, M. M.: "Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles."*CuadMed Forense*, *12*(43-44), 21-37. AÑO:2006

- Loredo-Abdalá, A., Trejo, J. H., & Bustos, V. V. (AÑO 1999). "Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y deprivación emocional". *GacMedMex*, *135*, 611-20.
- Lachica, E. "Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales." *CuadMed Forense* 16.1-2 (AÑO 2010): 53-63.
- Loredo-Abdalá, Arturo, J. H. Trejo, and V. V. Bustos. "Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y deprivación emocional." *GacMedMex* 135 (AÑO 1999): 611-20.
- de Paúl, J., Arruabarrena, M. I., Torres, B., & Muñoz, R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y aprendizaje*, *18*(71), 49-58.
- Rotés, A. S., Ron, M. S., Rubio, R. C., Ponsa, M. C., & González, M. M. (2009, July). Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. In *Anales de Pediatría* (Vol. 71, No. 1, pp. 60-63). ElsevierDoyma.
- Flora de la Barra M. ,Jorge Rodríguez T. ,Patricio Alvarez P. Ana Vergara del S.' Virginia Toledo D. (1998)

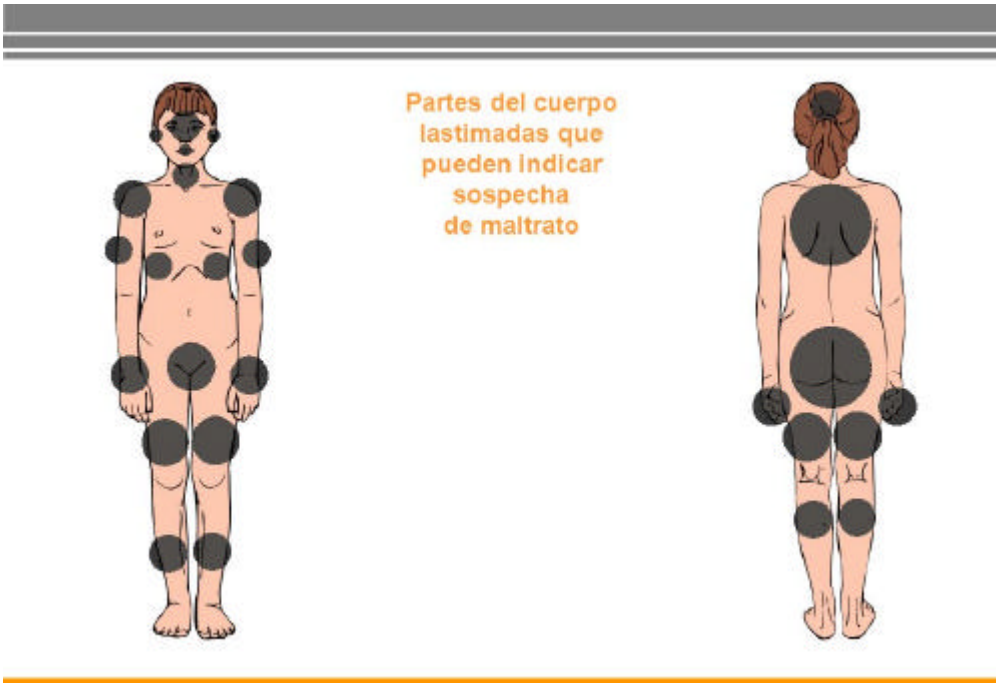
ANEXO

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4



POR FAVOR RESPONDA EN FORMA OBJETIVA, PUES DE ELLO DEPENDE LA VALIDEZ DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

1. ¿Se le ha presentado algún paciente víctima de maltrato infantil?
   SI……..
   NO…….
2. ¿Se puede visualizar con anterioridad algún indicio de maltrato antes de realizarle la radiografía?
   SI…….
   NO…….
3. ¿Cuáles son las señales que lo ponen en alerta?
4. En caso de pacientes reiterativos… ¿se toma alguna medida al respecto?

SI….

NO….

5. ¿Con qué frecuencia se presentan casos de maltrato en el servicio de rayos?
   - ✓ Un niño por semana
   - ✓ Un niño cada dos semanas
   - ✓ Un niño por mes
6. ¿En qué región anatómica se presentan habitualmente traumatismos óseos que sugieran maltrato?
   - ✓ En cráneo
   - ✓ En costillas
   - ✓ En miembros (tanto superior como inferior)
7. ¿Se visualizan reiteradamente callos óseos en las radiografías?

   SI…

   NO…

8. ¿Usted cree que se encuentra capacitado para actuar frente a un niño maltratado?

   SI…

   NO…
9. ¿Piensa que sería necesario que se realicen charlas o capacitaciones sobre maltratopara ayudarlo a desenvolverse mejor ante un caso de este tipo?

   SI…

   NO…