

Lesiones intencionales y no intencionales en adolescentes atendidos en servicios de urgencias médicas

Intentional and unintentional injuries in adolescents admitted in medical emergency services

Yadira Álvarez Rigual^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7584-2243>

Felipa Elena García García² <https://orcid.org/0000-0002-6313-7181>

Laritz Pacheco Torres³ <https://orcid.org/0000-0002-7159-4470>

¹Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, Servicio de urgencias médicas. La Habana, Cuba.

²Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, Servicio de Miscelánea. La Habana, Cuba.

³Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, Servicio de Respiratorio. La Habana, Cuba.

Autor para la correspondencia: yalvarezr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Hoy en día, la mayoría de los problemas de salud de los adolescentes son consecuencia de conductas de riesgo, casi siempre en el hogar.

Objetivo: Valorar los elementos que provocan lesiones intencionales y no intencionales en adolescentes.

Método: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo realizado en el hospital pediátrico “Juan Manuel Márquez” entre agosto 2016-enero 2017 en adolescentes lesionados atendidos en servicios de urgencias. Las variables estudiadas fueron: sexo, grupo de edad, tipo de maltrato, lugar de ocurrencia, evolución del paciente en el servicio de urgencia, sexo del agresor y su parentesco con el adolescente. Se

utilizaron técnicas estadísticas convencionales para el procesamiento de la información.

Resultados: Se estudiaron 171 adolescentes. Predominó el sexo femenino en las edades entre 15 y 18 años. En 90,1 % prevaleció el maltrato por negligencia de los adultos; 52,6 % del maltrato ocurrió en el hogar. Necesitaron ingreso hospitalario 63,1 % de los lesionados y hubo dos fallecidos por lesiones no intencionales. Los agresores eran en su mayoría (60,8 %) familiares del adolescente, del sexo femenino.

Conclusiones: Las lesiones intencionales y no intencionales en la adolescencia, son situaciones que demandan atención de la familia que tiene a su cargo el cuidado del menor. La negligencia del adulto en el hogar, sobre todo figuras femeninas, que en alto porcentaje son familiares del menor, es el elemento predominante como tipo de maltrato que provoca lesiones en el adolescente y constituye la causa más frecuente de ingreso hospitalario en este grupo de edad.

Palabras clave: adolescente; lesiones no intencionales; maltrato infantil; conductas de riesgo; negligencia.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, most adolescent's health problems are the result of risky behaviors, almost always at home.

Objective: Assess the elements that cause intentional and unintentional injuries in adolescents.

Methods: Descriptive, longitudinal and prospective study carried out at "Juan Manuel Márquez" Pediatric hospital from August 2016 to January 2017 in injured adolescents admitted in emergency services. The variables studied were: sex, age group, type of abuse, place of occurrence, evolution of the patient in the emergency service, sex of the assailant and relationship with the adolescent. Conventional statistical techniques were used for information processing.

Results: 171 adolescents were studied. The female sex predominated at ages from 15 to 18 years. Adult maltreatment prevailed by 90.1%; 52.6 % of the abuses occurred at home. 63.1 % of those injured needed hospital admission and two died of unintentional injuries. The assailants were mostly (60.8 %) female relatives of the adolescent.

Conclusions: Intentional and unintentional injuries in adolescence are situations that demand care from the family in charge of the child. The negligence of the adult at home, especially female figures, who in high percentage are relatives of the child, is the predominant element as a type of abuse that causes injuries in the

adolescent and constitutes the most common cause of hospital admissions in this age group.

Keywords: Adolescents; unintentional injuries; child abuse; risky behaviors; negligence.

Recibido: 30/04/202

Aprobado: 21/02/2021

Introducción

La primera causa de mortalidad, en países desarrollados, son los accidentes infantiles, y la segunda, en países industrializados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1998.⁽¹⁾

Cada año miles de adolescentes sufren lesiones no intencionales de diversa gravedad y, aunque la mayoría de estas no tienen mayor gravedad, lo cierto es que existen circunstancias que favorecen el riesgo. Se estima que cada día fallecen en la Unión Europea 6 adolescentes debido a lesiones prevenibles, como consecuencia de accidentes en el ámbito doméstico o en la vía pública. Los adultos responsables deben estar lo suficientemente informados y aplicar las medidas de prevención necesarias en la etapa de crecimiento infantil, que es compleja por la complejidad de factores externos que atentan contra la custodia y vigilancia del adolescente.⁽²⁾

Durante las últimas décadas, los procesos de transición demográfica y epidemiológica que han experimentado diversos países, junto a importantes cambios socioculturales, han cambiado el perfil de morbilidad y mortalidad de los adolescentes. Hoy en día, la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de conductas de riesgo (Ej. abuso de sustancias), asociado a negligencia de los padres, lo que trae como resultado, infecciones de transmisión sexual, lesiones no intencionales, depresión y suicidio. Los cambios descritos han ocurrido en forma paralela a cambios en la estructura familiar tales como aumento de los hogares monoparentales y del número de mujeres que han ingresado en la fuerza laboral y pudieran descuidar en alguna medida la atención al adolescente. Lo anterior es un aspecto relevante porque en el desarrollo de un adolescente, el contexto social en que se desenvuelve -familia y escuela- son los más influyentes y sin embargo estudios realizados en la última década han demostrado que los padres en esta

etapa de la vida por múltiples razones entre la que incluyen (dar independencia y responsabilidad) descuidan la vigilancia y comunicación con el menor.⁽³⁾

El concepto de lesión intencional o abuso en la infancia incluye acciones y omisiones infligidas al menor, generalmente por personas del medio familiar, que interfieren con su desarrollo integral y lesionan sus derechos como persona. El maltrato se clasifica como físico, físico grave, emocional, negligencia y abuso sexual. La prevalencia del maltrato en adolescentes se plantea en estudios epidemiológicos (4,5 a 21,0 %) y en estudios clínicos de población (6 a 48 %) realizados en varios países.⁽⁴⁾ Una encuesta de maltrato infantil a adolescentes y factores asociados informa una prevalencia del maltrato de 16 a 20 %, donde los más frecuentes son el maltrato físico grave y el maltrato emocional.⁽⁵⁾

Torres Márquez M. en su estudio cita que el maltrato infantil puede ser y es muchas cosas. En términos psicológicos es un estudio del comportamiento. En términos jurídicos, señala que es un comportamiento delictivo o criminal que debe ser definido y sancionado legalmente. Sociológicamente es un problema y un fenómeno social y en términos morales o éticos, un problema de violación de derechos.⁽⁶⁾

El maltrato infantil es un problema multicausal. Dentro de los factores familiares asociados al maltrato se han mencionado la desintegración familiar, la violencia entre los padres y el bajo nivel educativo de estos.⁽⁷⁾

El objetivo de este trabajo es valorar los elementos que provocan lesiones intencionales y no intencionales en adolescentes.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en adolescentes lesionados que fueron atendidos en el servicio de urgencias y de quemados del Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez” durante el periodo comprendido entre agosto 2016 a enero 2017.

El universo de estudio estuvo constituido por 171 adolescentes. No se seleccionó muestra, sino que esta coincide con el universo. Se excluyeron los adolescentes que acudieron por segunda ocasión (retornos médicos o complicaciones de la asistencia médica).

Se estudiaron las siguientes variables: sexo, grupo de edad, tipo de lesión intencional, lugar de ocurrencia, evolución del paciente en el servicio de urgencia y sexo del agresor y si existía o no algún parentesco con el adolescente.

Para la recolección de los datos se elaboró una planilla de vaciamiento, donde se asentaron los datos obtenidos de hoja de cargo y entrevista con el paciente y familiar acompañante en el momento de su atención médica en cuerpo de guardia, por parte del médico de asistencia y en presencia del lesionado. En el caso de lesión intencional, se consideró a los que se les llenó certificado de lesión o que se comprobó, mediante el interrogatorio la causa de la lesión.

La información se procesó en una computadora Pentium Dual Core con ayuda del paquete estadístico epinfo v 6.0. Los resultados se expresaron en tablas con valores absolutos y porcentajes

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la investigación del Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”.

Resultados

En la tabla 1 se aprecia que más de la mitad de los lesionados pertenecían al sexo femenino y fueron las lesiones intencionales las de mayor incidencia, aunque no se debe menospreciar el porcentaje de lesiones no intencionales donde predominó el sexo masculino.

Tabla 1 - Distribución de los pacientes según sexo y grupos de edades

Sexo	Tipo de lesión					
	Intencional		No intencional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	63	36,8	30	17,5	93	54,4
Masculino	25	14,6	53	31	78	45,6
Total	88	51,4	83	48,5	171	100,0
Grupos de edades						
11-14 años	37	21,6	22	12,8	59	34,5
15-18 años	51	29,8	61	35,6	112	65,5
Total	88	51,4	83	48,5	171	100,0

Más de la mitad del total de los adolescentes lesionados, 90,1 %, fue por negligencia de los adultos que conviven con el adolescente (Tabla 2).

Tabla 2 - Tipo de lesión intencional

Tipo de lesión intencional	No.	%
Físico	13	8,6
Sexual	0	0,0
Negligencia	136	90,1
Otras (emocionales)	9	5,9
Total	151	100,0

El lugar de ocurrencia que prevaleció fue el hogar, según aparece en la tabla 3, con 52,6 %, a pesar de que en las lesiones no intencionales hubo 32,2 % fuera del hogar

Tabla 3 - Lugar de ocurrencia de la lesión

Lugar de ocurrencia	Tipo de lesión					
	Intencional		No intencional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
En el hogar	62	36,2	28	16,3	90	52,6
Fuera del hogar	26	15,2	55	32,2	81	47,4
Total	88	51,4	83	48,5	171	100,0

Más de la mitad de los adolescentes atendidos en el servicio de urgencias requirió ingreso (63,1 %). Hubo 2 fallecidos (1,2 %) en el período de estudio por lesiones no intencionadas. Solo se dio el alta médica en una primera consulta a 16,4 % de los lesionados (Tabla 4).

Tabla 4 - Evolución en servicio de urgencias

Evolución en urgencias	Tipo de lesión					
	Intencional		No intencional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alta	6	3,5	22	12,8	28	16,4
Tratamiento ambulatorio	13	7,6	20	11,7	33	19,3
Ingreso	69	40,3	39	22,8	108	63,1
Fallecido	0	0,0	2	1,2	2	1,2
Total	88	51,4	83	48,6	171	100,0

Es importante señalar que en el momento de ser lesionados el 100 % de los adolescentes se encontraban acompañados, de alguna manera, o por familiar (90 %) o por un amigo, profesor o persona a su cuidado (10 %) y, de ellos, el 60,8 % pertenecía al sexo femenino (Tabla 5).

Tabla 5 - Sexo del agresor y parentesco con el adolescente

Sexo del agresor	Parentesco del agresor con el adolescente				Total	
	Si		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Femenino	93	54,3	11	6,4	104	60,8
Masculino	61	35,7	6	3,6	67	39,2
Total	154	90,0	17	10,0	171	100,0

Discusión

En un estudio realizado en Boston en el año 2010 se demostró, que el maltrato infantil en adolescentes es más frecuente en el sexo femenino, en el grupo de edades entre 13-17 años, donde predomina, en primer lugar, el maltrato psicológico y, en segundo lugar, el abuso sexual;⁽⁷⁾ en España encontramos, que es más frecuente en el sexo masculino, en igual grupo de edades y lo atribuyen a que estos son más fuertes e incluso son capaces de desarrollar estilos de apego psicopático inducidos por el maltrato, al igual que las lesiones no intencionales, lo que concuerda con nuestro estudio, considerando este resultado a que el sexo masculino tiene conductas más arriesgadas que las féminas.⁽⁸⁾ En Brasil, en el año 2011, encontramos resultados similares a los de la investigación aquí presentada, ya que en adolescentes que fueron atendidos por lesiones no intencionales predominó el sexo masculino, mientras en los atendidos por maltrato predominó el sexo femenino.⁽⁹⁾

Por otra parte, el boletín de la infancia y adolescencia, sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, informa que “todos los años 27 millones de adolescentes en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares (espacio que debiera ser de protección, de afecto y de resguardo de sus derechos) y 4 millones de adolescentes entre 11 y 17 años sufren lesiones no intencionales, fenómenos que se reportan en distintos ámbitos como el hogar, la escuela, la comunidad, las calles y el trabajo”.⁽¹⁰⁾

En esta misma perspectiva, se estima que entre 100 y 150 millones de adolescentes en el mundo, al año experimentan violencia, mientras que 27 millones son testigos de violencia doméstica, la cual es más frecuente en el hogar en horario nocturno.^(11,12,13,14,15) Este último aspecto concuerda con nuestro estudio, la ocurrencia de violencia (maltrato o lesiones) en alta cuantía en el hogar, no en lo que se refiere al hora o momento en que se produce por ser una variable que no se consideró en este estudio.

Los resultados de nuestro estudio coinciden con otro⁽¹³⁾ en lo que respecta a baja mortalidad en la evolución de niños y adolescentes lesionados.

La edad de mayor prevalencia en los consumos de alcohol, cocaína, tabaco es entre los 15 y 16 años.⁽¹²⁾ Estas son sustancias tóxicas cuyo consumo puede relacionarse con negligencia o falta de vigilancia de padres y tutores, elementos que pudieran haber influido en este tipo de lesiones que encontramos con predominio en el estudio aquí presentado.

En casi el total de los adolescentes lesionados intencionalmente estuvo involucrado un familiar con más frecuencia del sexo femenino, lo cual concuerda con estudios revisados y consideramos se debe a que es el sexo femenino a quien más se le empodera el cuidado de los menores y además se sobrecarga con tareas del hogar.^(7,12) *Oliveira BRG* y otros atribuyen, este resultado a que casi la totalidad de las familias estudiadas son monoparentales, el cabeza de familia es una mujer. Asocian la negligencia a que deben ocuparse del sustento de sus hijos y descuidan su vigilancia y cuidado.⁽⁷⁾

En un estudio realizado en el policlínico “1ro. de Enero” de la provincia Ciego de Ávila, se encontraron resultados similares a los del presente estudio, donde casi la totalidad de los agresores eran familiares del menor maltratado y, sobre todo, del sexo femenino.⁽⁸⁾

La tarea es ardua pero la adolescencia cubana merece el esfuerzo y el compromiso de todas las personas que tienen la responsabilidad de que ellos alcancen a plenitud su autonomía, autoestima, creatividad, felicidad, educación, solidaridad y salud. De otra manera, este grupo de edad seguirá siendo víctima de todas las adversidades sociales en boga y víctima de la violencia existente en sus diversas modalidades.

Durante la investigación tuvimos como limitación que algunos familiares no fueron 100 % cooperativos a la hora del interrogatorio y esto hizo que utilizáramos técnicas más específicas para buscar información que nos llevaran a obtener datos verídicos con los adolescentes y los mismos familiares.

Se concluye que las lesiones intencionales y no intencionales en la adolescencia, son situaciones que demandan atención de la familia que tiene a su cargo el cuidado del menor. La negligencia del adulto en el hogar, sobre todo figuras femeninas, que en alto porcentaje son familiares del menor, es el elemento predominante como tipo de maltrato que provoca lesiones en el adolescente y constituye la causa más frecuente de ingreso hospitalario en este grupo de edad.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Mortalidad por ahogamiento y sumersión accidentales en niños y adolescentes. Cuba, 1987 - 2000. Convención Internacional "Salud Pública 2002". CD Memorias. La Habana: SOFTCAL/INHEM; 2002.
2. Valero Guzman L. Desarrollo de una herramienta educativa audiovisual dirigida a cuidadores de niños, para la prevención de accidentes domiciliarios en niños menores de 5 años [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible En: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12507/1/5599219>.2014
3. Bradshaw CJ, Bandi AS, Muktar Z, Hasan MA, Chowdhury TK, Banu T, *et al.* International Study of the Epidemiology of Paediatric Trauma: PAPSA Research Study. *World J Surg.* 2018;42(6):1885-94.
4. Adoga AA, Okwori ET, Yaro JP, Iduh AA. Pediatric otorhinolaryngology emergencies at the Jos University Teaching Hospital: Study of frequency, management, and outcomes. *Ann African Med.* 2017;16(2):81.
5. Colectivo de autores. Manual de manejo inicial del paciente pediátrico lesionado. La Habana: Minsap; 2014.
6. Torres Márquez M, Fonseca Pelegrín CL, Díaz Martínez MD, del Campo Mulet OA, Roché Hernández R. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. *Medisan.* 2016 [acceso 13/09/2017];14(3):368. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300013&lng=es
7. Oliveira BRG, Thomazine AM, Bittar DB, Santos FL, Silva LMP, Santos RL, *et al.* A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: o que nos mostra a literatura nacional. *REME Rev Min Enferm.* 2013;12:547-56.
8. Colina J, Colina M, Ávila Y, Málaga V. Morbimortalidad y factores de riesgo para el maltrato infantil en niños atendidos en el policlínico "José Agustín Mas Naranjo" de Primero de Enero. *Mediciego.* 2011 [acceso 30/03/2016];17(1). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=61136573&lang=es&site=ehost-live>

9. Carvalho Malta D. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2015;31(5):1095-1105. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068814>
10. Guifo ML, Tochie JN, Oumarou BN, Tapouh JRM. Paediatric fractures in a sub-saharan tertiary care center: a cohort analysis of demographic characteristics, clinical presentation, therapeutic patterns and outcomes. Pan African Med J. 2017;2:3.
11. Organización Mundial de la Salud. Accidents and injuries. Children's environmental health. Ginebra: OMS; 2015.
12. Paswan W, Singh BB. Analysis the clinical profile of children admitted with kerosene poisoning in a tertiary care medical college hospital. Cough. 2017;86:82.
13. Acosta Torres J, Consuegra Otero A, Acosta Batista B, Rodríguez Batista J, Acosta Batista J. Mortalidad pediátrica por lesiones no intencionales en La Habana. 2003-2012. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2016;15(2):235-46.
14. Programa Nacional para la prevención de accidentes en menores de 20 años. La Habana: Minsap; 2003[acceso 30/03/2016]. Disponible en: <http://www.aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/maternoinfantil/programapreve.pdf> 42.
15. Selotlegeng L. The impact of parental migration on injuries among left behind young people aged 10 years to 24 years in Botswana. Bioscienc trends. 2018;12(2):126-31.
16. Peden M, Oyegbite, K, Ozanne-Smith J, Hyder A. A, Branche C, Rahman A. F. & Bartolomeos K. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Ginebra: OPS; 2015 [acceso 13/08/2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77761/1/9789275316566_spa.pdf

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses de ningún tipo.

Contribución de los autores

Yadira Álvarez Rigual: recolección de los datos primarios, proceso de la información, elaboración de informe final.

Felipa Elena García García: revisión bibliográfica, proceso de la información. Aprobación del informe final.

Laritza Pacheco Torres: elaboración del informe final.