

Características clínicas y epidemiológicas del maltrato infantil en un hospital de segundo nivel

Clinical and Epidemiological Characteristics of Child Maltreatment in a Secondary-Level Hospital.

Mariana Lee Miguel Sardaneta,¹ Jesús Roberto Osorio Cuéllar,² Juan Antonio González Angulo Medina,³ Candy Ramírez Ortega,⁴ Manuel Gil Vargas⁵

Resumen

INTRODUCCIÓN: El maltrato infantil es una patología infradiagnosticada reconocida por la OMS como emergencia médico-social-legal. En México, seis de cada 10 niños sufren algún tipo de violencia con altos índices de mortalidad.

OBJETIVO: Identificar las características clínicas-epidemiológicas de niños con maltrato infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal y ambispectivo realizado en un hospital de segundo nivel entre enero 2023 y junio 2025. Se incluyeron expedientes completos de pediátricos de 1 mes a 17 años de edad con notificación ante el Ministerio Público. Se aplicó estadística descriptiva y pruebas de asociación, estableciendo un valor de $p < 0.05$ como significativo.

RESULTADOS: Se analizaron 128 casos, con predominio masculino (59%) y edad media de 7 años. La familia nuclear predominó (60%) y el cuidador principal la madre (97%). El traumatismo craneoencefálico (13.3%), fractura de fémur (11.7%) y abuso sexual (11.7%) fueron los diagnósticos principales. La incompatibilidad del mecanismo de lesión se asoció significativamente con abuso. La mortalidad fue del 13.2% ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: El estudio aporta factores clínicos y epidemiológicos asociados al maltrato infantil que el médico de primer o segundo contacto debe de sospechar en la práctica clínica. Los hallazgos refuerzan la necesidad de capacitación médica, protocolos de detección temprana y oportuna, así como coordinación interinstitucional para reducir la mortalidad y los efectos negativos en salud.

PALABRAS CLAVE: Maltrato infantil, características clínicas, características epidemiológicas.

Abstract

INTRODUCTION: Child maltreatment is an underdiagnosed condition recognized by the World Health Organization as a medical-social-legal emergency. In Mexico, six out of ten children experience some form of violence, with high associated mortality rates.

OBJECTIVE: To identify the clinical and epidemiological characteristics of children with child maltreatment.

MATERIAL AND METHODS: An observational, descriptive, cross-sectional, and ambispective study was conducted in a second-level hospital between January 2023 and June 2025. Complete medical records of pediatric patients aged 1 month to 17 years with official notification to the Public Prosecutor's Office were included. Descriptive statistics and association tests were applied, considering a p value < 0.05 as statistically significant.

¹ Pediatra, Maestra en Ciencias de la Salud, Doctora en Salud Pública. Jefa de Enseñanza e Investigación del Hospital General de la Zona Norte, "Bicentenario de la Independencia" Unidad Transferida al Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Puebla, Puebla, México.

² Médico Pasante del Servicio Social en Medicina. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Hospital General Zona Norte "Bicentenario de la Independencia", Unidad Transferida al Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Puebla, Puebla, México.

³ Médico Pasante del Servicio Social en Medicina. Universidad San Angel de Puebla, Hospital General Zona Norte "Bicentenario de la Independencia", Unidad Transferida al Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Puebla, Puebla, México.

⁴ Médico Pasante del Servicio Social en Medicina. Universidad Anáhuac Puebla, Hospital General Zona Norte "Bicentenario de la Independencia", Unidad Transferida al Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR Puebla, Puebla, México.

⁵ Cirujano Pediatra, Maestro en Ciencias de la Salud, Hospital de la Niñez Poblana, Puebla, México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0009-3072-883X>

<https://orcid.org/0009-0008-3550-8599>

<https://orcid.org/0009-0006-4996-6545>

<https://orcid.org/0009-0005-5320-8504>

<https://orcid.org/0000-0003-1333-8935>

Recibido: 02 de octubre 2025

Aceptado: 6 de julio 2026

Correspondencia

Mariana Lee Miguel Sardaneta
mmiguel.s@icloud.com

Este artículo debe citarse como: Miguel-Sardaneta ML, Osorio-Cuéllar JR, González Angulo-Medina JA, Ramírez-Ortega C, Gil-Varga M. Acta Pediatr Mex 2026; 47: e3284.

RESULTS: A total of 128 cases were analyzed, with male predominance (59%) and a mean age of 7 years. Nuclear family structure predominated (60%), and the mother was identified as the primary caregiver in 97% of cases. Traumatic brain injury (13.3%), femur fracture (11.7%), and sexual abuse (11.7%) were the main diagnoses. Inconsistency between the reported mechanism of injury and clinical findings showed a significant association with abuse. Mortality rate was 13.2% ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: This study provides relevant clinical and epidemiological factors associated with child maltreatment that first- and second-contact physicians should suspect in clinical practice. The findings reinforce the need for medical training, early detection protocols, and interinstitutional coordination to reduce mortality and long-term adverse health outcomes.

KEYWORDS: Child maltreatment; clinical characteristics; epidemiological characteristics.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 y CIE-11), el maltrato infantil (MI) comprende acciones u omisiones intencionales ejercidas por padres, cuidadores o personas en posición de responsabilidad, confianza o poder. Comprende cuatro modalidades: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico y negligencia. A diferencia del concepto amplio de violencia contra niñas, niños y adolescentes, el maltrato infantil implica específicamente una relación de cuidado o responsabilidad entre la víctima y el perpetrador.¹

Otros conceptos de suma importancia son la “omisión de cuidados” y “niño expuesto a sustancias”. El primero, es una de las cuatro modalidades principales de Maltrato Infantil (MI), ya que forma parte de negligencia, en donde está dada cuando el cuidador principal no satisface las necesidades básicas de las niñas, niños y adolescentes (NNA) de manera adecuada, comprometiendo su desarrollo físico, psicológico o social². El segundo, se refiere a un factor de

riesgo de sufrirlo debido a la exposición a drogas u otras sustancias y a un entorno doméstico inseguro relacionado con el consumo de las mismas por parte de los padres o cuidadores principales³.

Se estima que a nivel mundial uno de cada cuatro adultos refiere abuso físico durante la infancia y una de cada cinco mujeres, abuso sexual durante la niñez. En México, seis de cada diez niños entre 1 a 14 años han experimentado algún método violento de disciplina, mientras que las cifras de homicidios y lesiones intencionales en menores continúan siendo alarmantes. En 2023, 3.2 de cada 100,000 niñas, niños y adolescentes murieron por agresiones⁴⁻⁵. Según la Secretaría de Salud, Lesiones y causas de Violencia (CONAPO), entre 2010 y 2014, se encontró que 6% del total de defunciones por homicidio corresponde a personas de menor edad, en donde el 17% de los casos fue por lesiones intencionales⁶. Pese a ello, el maltrato infantil continúa representando un problema subdiagnosticado y con importante subregistro. Por lo cual constituye un problema de salud pública y una violación de los derechos huma-

nos fundamentales, debido a sus repercusiones físicas, psicológicas, sociales y del neurodesarrollo a corto y largo plazo, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷⁻⁸.

De acuerdo con los trabajos desarrollados por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM), el maltrato infantil debe abordarse mediante un equipo multidisciplinario con accionar interdisciplinario, debido a que constituye un problema médico-social-legal y psicológico complejo. Dicho equipo debe estar integrado por pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, personal quirúrgico y autoridades institucionales, quienes deben interactuar coordinadamente para sospechar, diagnosticar, tratar y rehabilitar integralmente tanto a la víctima como a su familia. Asimismo, este modelo enfatiza la importancia de integrar la valoración clínica, psicológica, social y legal para establecer una sospecha diagnóstica adecuada y desarrollar estrategias de prevención secundaria y terciaria.⁹⁻¹⁰

Es fundamental reconocer que el diagnóstico de maltrato infantil, particularmente en la modalidad de abuso físico infantil, continúa siendo predominantemente clínico e interdisciplinario, apoyado, pero no determinado exclusivamente por estudios de laboratorio y gabinete.¹¹

Entre las principales manifestaciones clínicas sugestivas de abuso físico infantil destacan: lesiones incompatibles con el mecanismo de lesión referido; discrepancias entre la historia clínica y el grado de lesión; lesiones en diferentes etapas de evolución; hematomas inexplicables en regiones no prominentes; quemaduras con patrones definidos; fracturas múltiples o en menores no deambulantes; fracturas metafisarias clásicas; traumatismo craneoencefálico y retraso en la búsqueda de atención médica. Asimismo, deben considerarse altamente sugestivas las lesiones cuya explicación no sea acorde con la etapa del neurodesarrollo del paciente.¹¹⁻¹²

Dentro de los estudios de gabinete, las radiografías simples continúan siendo fundamentales para identificar fracturas múltiples, fracturas costales posteriores y lesiones metafisarias. El rastreo óseo completo se recomienda especialmente en menores de dos años con sospecha de abuso físico. En pacientes con sospecha de trauma craneal abusivo, la tomografía computarizada (TAC) de cráneo constituye el estudio inicial de elección para identificar hematomas subdurales, hemorragias intracraneales y edema cerebral; mientras que la resonancia magnética puede complementar la evaluación de lesiones axonales y daño cerebral subagudo o crónico. Asimismo, la valoración oftalmológica mediante fondo de ojo es indispensable ante sospecha de trauma craneal abusivo para identificar hemorragias retinianas.¹²⁻¹⁴

Respecto a estudios de laboratorio, éstos no establecen el diagnóstico de maltrato infantil, pero son útiles para descartar y evaluar complicaciones asociadas.¹¹

La mayor parte de la evidencia nacional proviene de hospitales de tercer nivel o en series pequeñas, lo cual dificulta dimensionar la magnitud del problema, así como tener información local sobre el comportamiento clínico y epidemiológico en hospitales generales de segundo nivel de atención, que suelen ser el primer contacto hospitalario de los casos graves y en donde la mayoría de las veces se definen las primeras decisiones terapéuticas y legales.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo principal identificar y reconocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de maltrato infantil atendidos en un hospital de segundo nivel.

Los hallazgos identificados en nuestro estudio tienen un valor particular, ya que permiten reconocer patrones clínicos y epidemiológicos asociados al maltrato infantil, aportando información esencial para la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, ambispectivo, unicéntrico y homodémico en el Hospital General Zona Norte de Puebla, México. Se revisaron 211 expedientes de pacientes pediátricos, desde 1 mes a 17 años de edad, atendidos entre enero 2023 a junio 2025.

La sospecha diagnóstica se estableció mediante valoración multidisciplinaria por pediatría, trabajo social y psicología clínica en los casos de abuso sexual, apoyada por estudios de gabinete según cada caso. Los criterios clínicos considerados incluyeron discrepancia entre el mecanismo de lesión referido y los hallazgos clínicos, lesiones incompatibles con la etapa del desarrollo, fracturas de huesos largos, traumatismo craneoencefálico y lesiones múltiples en distintos estadios de evolución.

Los criterios de inclusión fueron, pacientes con diagnóstico de maltrato infantil en alguna de sus cuatro modalidades reconocidas, expediente clínico completo, pacientes con notificación al Ministerio Público. Se excluyeron expedientes incompletos y pacientes referidos a otras unidades sin seguimiento institucional.

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas del paciente y cuidador principal, modalidad de maltrato infantil, hallazgos clínicos evolución intrahospitalaria y notificación al Ministerio Público (MP).

Los datos fueron obtenidos de expedientes clínicos físicos y electrónicos, así como en bases de datos de trabajo social y estadística de la unidad. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva y pruebas de asociación mediante Chi-cuadrada y prueba exacta de Fisher, considerando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

De los 211 expedientes revisados, 128 cumplieron criterios de inclusión.

En el análisis demográfico se observó predominio del sexo masculino con 59% ($n=75$), con edad media de 7 años ($DE \pm 5.5$).

El 73.4% ($n=94$) de los pacientes provenían del municipio de Puebla, seguido de Amozoc 4.6% ($n=6$), San Pablo del Monte 3.9% ($n=5$) y Cholula 3.1% ($n=4$). Los municipios de Acajete, Zacatlán, Tlachichuca y Cuautlancingo registraron la minoría.

Respecto al tipo de familia, el 60% pertenecía a una familia nuclear, seguida de monoparental 26%. En cuanto al cuidador principal, se documentó que en 97% correspondió a la madre, mientras que solo en 3% al padre. Debe señalarse que la variable analizada correspondió exclusivamente al cuidador principal registrado en el expediente clínico y no al perpetrador del maltrato infantil. Debido al diseño retrospectivo del estudio, la identificación formal del agresor no se documentó de manera homogénea en todos los casos. No obstante, en la mayoría de los casos existió correlación clínica y contextual entre ambos. En contraste, algunos casos de abuso sexual infantil fueron atribuidos a terceros ajenos al rol de cuidador principal. Por ello, los resultados relacionados con cuidadores principales deben interpretarse únicamente dentro del contexto sociodemográfico analizado y no como equivalentes directos del perpetrador.

En cuanto al nivel educativo de los cuidadores principales, hubo predominio de secundaria completa 35.9% ($n=46$), seguido de bachillerato completo 15.6% ($n=20$) y primaria incompleta 12.5% ($n=16$). Apenas 3.1% ($n=4$) reportaron contar con estudios de licenciatura.

En relación con el consumo de sustancias, el 65% de los cuidadores no refirió toxicomanías y el alcoholismo representó la adicción más frecuente.

En cuanto a la modalidad de maltrato infantil, el abuso físico fue el más relevante (84.4%), seguido de abuso sexual (11.7%) y psicológico (3.9%). La negligencia/ omisión de cuidados estuvo presente en 78.1% de los casos. Los diagnósticos principales de ingreso más comunes están descritos en el **cuadro 1**.

Se realizaron asociaciones entre las características sociodemográficas de los pacientes y sus cuidadores principales con la presencia o ausencia de maltrato infantil. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y la presencia de maltrato infantil ($p=0.008$). Así como la escolaridad (licenciatura) del cuidador principal y la presencia de MI ($p=0.046$), como se observa en el **cuadro 2**.

Con base en las características clínicas documentadas, se demostró significancia estadística;

Cuadro 1. Principales diagnósticos y manifestaciones clínicas de ingreso en pacientes con maltrato infantil

	Frecuencia	Porcentaje
Traumatismo craneoencefálico	17	13.3%
Abuso sexual	15	11.7%
Fractura de fémur	15	11.7%
Síndrome de Kempe	11	8.6%
Fractura radio-cubital	7	5.5%
Síndrome postparo por broncoaspiración	7	5.5%
Desnutrición severa	6	4.7%
Fractura de húmero	6	4.7%
Fractura de tibia-peroné	5	3.9%
Intento de autolisis	5	3.9%
Otros	34	26.5%
Total	128	100%

entre el mecanismo de lesión incompatible y la presencia de maltrato infantil ($p=0.002$), como se observa en el **cuadro 3**. Así como la presencia de fractura y negligencia/omisión de cuidados, relacionado con alguna otra modalidad de maltrato infantil ($p=0.001$, $p=0.003$), respectivamente.

También se observó que 53 de los 128 pacientes presentaron al menos una fractura, siendo el fémur el hueso más afectado, seguido de radio-cúbito.

En relación con la atención hospitalaria, la estancia intrahospitalaria tuvo una media de 5 días (rango 0–94 días, $DE \pm 10$). La notificación al Ministerio Público se realizó en el 100% de los casos; 99.2% ($n=127$) se notificaron en menos de 24 horas, mientras que sólo un caso (0.7%) fue notificado de forma tardía.

Al egreso hospitalario, 82% de los pacientes quedaron bajo resguardo familiar, 4.7% fueron canalizados al DIF y 13.2% fallecieron. Los principales diagnósticos de defunción en los pacientes fueron: paro post broncoaspiración en el 5.5% secundario omisión de cuidados, seguido de choque hipovolémico secundario al trauma y traumatismo craneoencefálico (TCE) severo. Todos los pacientes fallecidos presentaron previamente el diagnóstico de maltrato infantil en alguna de dos de sus modalidades: Abuso físico o Negligencia/omisión de cuidados ($p=0.022$, $p=0.023$), respectivamente. **cuadro 4**.

Consideraciones Éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

Cuadro 2. Maltrato infantil asociado a las características sociodemográficas de los pacientes y sus cuidadores principales

		Maltrato infantil				Total		p*
		Si		No				
		%	N	%	N	%	N	
Sexo del paciente	Mujer	37.5	48	3.9	5	41.4	53	*0.008
	Hombre	41.4	53	17.1	22	58.5	75	
Total		78.9	101	21	27	100	128	
Tipo de familia	Nuclear Extensa Monoparental Ensamblada Total	45.3	58	14.8	19	60.1	77	0.448
Toxicomanías	Si	29.6	38	5.4	7	35.1	45	0.364
	No	49.2	63	15.6	20	64.8	83	
	Total	78.9	101	21	27	100	128	
Escolaridad	Si	0.7	1	2.3	3	3.1	4	*0.046
	No	78.1	100	18.7	24	96.8	124	
Total		78.9	101	21	27	100	128	

*Prueba exacta de Fisher.

Cuadro 3. Maltrato infantil asociado a las características clínicas de los pacientes

		Maltrato infantil				Total		
		Si		No				p*
		%	N	%	N	%	N	
Mecanismo de lesión incompatible		54.6	70	0	0	54.6	70	*0.002
Si								
No		24.2	31	21	27	45.3	58	
Total		78.9	101	21	27	100	128	
Fractura		26.5	34	14.8	19	41.4	53	*0.001
Si								
No		52.3	67	6.2	8	58.5	75	
Total		78.9	101	21	27	100	128	
Negligencia/Omisión de cuidados		57	73	21	27	78.1	100	*0.003
Si								
No		21.8	28	0	0	21.8	28	
Total		78.9	101	21	27	100	128	

*Chi-cuadrada.

Cuadro 4. Pacientes fallecidos asociados al antecedente de omisión de cuidados y abuso

		Finado				Total		p*
		Si		No				
		N	%	N	%	N	%	
Abuso físico	Si	17	13.2	84	65.6	101	78.9	*0.022
	No	0	0	27	21	27	21	
Total		17	13.2	111	86.7	128	100	
Negligencia/Omisión de Cuidados	Si	17	13.2	83	64.8	100	78.1	*0.023
	No	0	0	28	21.8	28	21.8	
Total		17	13.2	111	86.7	128	100	

*Prueba exacta de Fisher.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

DISCUSIÓN

El estudio presentado aporta información relevante sobre las características clínicas y epidemiológicas asociadas al maltrato infantil en un hospital de segundo nivel de atención. Es importante señalar que el presente análisis se enfocó específicamente en maltrato infantil, entendido como abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico y negligencia/omisión de cuidados ejercidos de manera intencional por un adulto responsable del menor, acorde con la clasificación internacional actual.

De acuerdo con el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), México no es una excepción a este problema. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SN-

DIF) registró 16,779 casos de violencia infantil, de los cuales 37.6% fueron violencia física y 25.2% fueron violencia psicológica^{15,16}. Aunque los porcentajes difieren respecto a nuestro estudio; donde el 84.4% correspondió a abuso físico, 11.7% a abuso sexual y 3.9% a abuso psicológico, ambos coinciden en identificar al abuso físico como la modalidad predominante de maltrato infantil. Las diferencias observadas probablemente se relacionan con las características de la población estudiada y con el contexto hospitalario de segundo nivel, donde suelen concentrarse casos con mayor gravedad clínica.

En la modalidad de abuso físico infantil, las expresiones clínicas más frecuentes incluyeron lesiones incompatibles con el mecanismo referido, fracturas múltiples o en diferentes etapas de evolución, traumatismo craneoencefálico, quemaduras con patrones definidos y lesiones en pacientes no acordes con su etapa del desarrollo neurológico¹⁷. En nuestro estudio, los principales hallazgos asociados fueron la incompatibilidad entre el mecanismo de lesión y los hallazgos clínicos, así como la presencia de fracturas de huesos largos, particularmente de fémur.

Un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en tres centros hospitalarios del estado de Puebla y Tlaxcala

entre 2009 y 2016, analizó 10 pacientes diagnosticados con maltrato infantil, sin encontrar diferencias significativas respecto al sexo de los pacientes estudiados. Siendo importante mencionar el tipo de familia de la que provinieron: 70% correspondió a una familia de tipo reconstruida; 20% a nuclear numerosa y 10% a una monoparental extendida¹⁸. En contraste, nuestro estudio identificó asociación estadísticamente significativa entre el sexo masculino y la presencia de abuso infantil ($p=0.008$). Esta diferencia podría explicarse por el mayor tamaño muestral de nuestra investigación, así como por las diferencias metodológicas y epidemiológicas entre ambas poblaciones.

De acuerdo con un estudio realizado en la Unidad Pediátrica de Quemados de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, donde se evaluaron 313 pacientes menores de 18 años con diagnóstico de quemadura secundaria a síndrome del niño maltratado, la forma más frecuente de maltrato fue negligencia/omisión de cuidados (62%), seguida de abuso físico (15%), abuso sexual (15%) y abuso psicológico (8%)¹⁹. En comparación con nuestro estudio, predominó el abuso físico con 84.4% de los casos, abuso sexual 11.7% y abuso psicológico 3.9%. Aunque las prevalencias son distintas, ambos estudios evidencian que las formas de presentación del maltrato infantil varían de acuerdo con el contexto clínico y el tipo de unidad hospitalaria analizada.

Diversos grupos mexicanos especializados, particularmente la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM), han señalado históricamente que el maltrato infantil debe abordarse como una entidad médico-social compleja que requiere participación multidisciplinaria e interdisciplinaria para establecer una sospecha diagnóstica adecuada. Loredó-Abdalá y colaboradores describen que uno de los principales errores diagnósticos ocurre cuando las

lesiones son interpretadas de manera aislada y no dentro del contexto clínico, familiar y social del paciente^{9,20}. Nuestros hallazgos coinciden con dichos planteamientos, especialmente respecto a la incompatibilidad entre el mecanismo de lesión referido y los hallazgos clínicos documentados, variable que mostró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Asimismo, el grupo CAINM-INP-UNAM ha descrito que las fracturas múltiples, lesiones en diferentes estadios de evolución y traumatismo craneoencefálico constituyen hallazgos clínicos altamente sugestivos de abuso físico infantil, particularmente en menores no deambulantes^{12,21}. En nuestro estudio, las fracturas mostraron asociación significativa con maltrato infantil ($p = 0.001$), siendo el fémur el hueso más afectado, seguido de radio-cúbito y húmero, resultados que guardan congruencia con lo descrito en la literatura mexicana especializada.

De igual forma, Loredó-Abdalá ha enfatizado la importancia de reconocer las llamadas “lesiones centinela”, entendidas como lesiones aparentemente menores, pero potencialmente predictoras de formas graves de abuso físico infantil. Entre ellas destacan equimosis inexplicables, lesiones orales, fracturas metafisarias y traumatismo craneoencefálico²². Aunque nuestro estudio no evaluó específicamente lesiones centinela de manera aislada, sí documentó una elevada frecuencia de lesiones incompatibles con el mecanismo referido, reforzando la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica.

Otro aspecto señalado por la CAINM-INP-UNAM es la frecuente coexistencia entre distintas modalidades de maltrato infantil, particularmente entre abuso físico y negligencia.²⁰ Nuestros resultados coinciden parcialmente con esta observación, ya que la omisión de cuidados estuvo presente en una proporción importante de los casos analizados, especialmente en pacientes con evolución clínica grave o fallecimiento.

De acuerdo con C. Boos Stephen uno de los factores de riesgo asociados a maltrato infantil son padres con niveles de educación más bajos y trastorno por consumo de sustancias o alcohol²³. Dato similar a nuestro estudio, con una significancia estadística al no tener licenciatura ($p = 0.046$) y sin significancia estadística con la presencia de toxicomanías ($p = 0.364$).

De acuerdo con las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría para la evaluación del abuso físico infantil, se recomienda una evaluación cuidadosa para detectar el abuso en niños con lesiones importantes que presenten historia inverosímil, vaga o carente de detalles para el grado o tipo de lesión, que la historia proporcionada por el padre o cuidador no sea coherente con la etapa de desarrollo del niño, que las lesiones graves sean explicadas como autoinfligidas o atribuidas a otros niños pequeños o mascotas¹¹. Nuestros hallazgos coinciden ampliamente con dichos criterios, observándose asociación estadísticamente significativa entre incompatibilidad del mecanismo de lesión referido y diagnóstico de abuso infantil ($p < 0.001$), reforzando la importancia del juicio clínico en la identificación temprana de estos pacientes.

En el estudio de A. Ho. Christine - A. Scherl Susan, realizado mediante revisión retrospectiva de registros médicos electrónicos de 32 millones de niños menores de seis años en Estados Unidos entre 2015 y 2022, se reportó que casi 1 de cada 20 fracturas en menores de seis años se relaciona con abuso infantil. El fémur fue el hueso más afectado (35%), seguido de húmero y cráneo¹³. En nuestro estudio, el 28.9% presentó una fractura, 10.9% dos fracturas y 1.5% tres o más fracturas. Asimismo, el fémur fue el hueso más afectado (11.7%), seguido de radio-cúbito (5.5%), húmero (4.7%) y tibia-peroné (3.9%), observándose asociación significativa entre fracturas y maltrato infantil ($p = 0.001$). Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional y con lo descrito previamente por

la CAINM-INP-UNAM, donde las fracturas de huesos largos constituyen lesiones altamente sugestivas de abuso físico, particularmente en menores no deambulantes.

Actualmente, el término trauma craneal abusivo ha sustituido nomenclaturas históricas como “síndrome del niño sacudido”, integrando lesiones como hematomas subdurales, edema cerebral y hemorragias retinianas. Diversos autores y grupos especializados, incluyendo la CAINM-INP-UNAM, han señalado que el diagnóstico continúa siendo predominantemente clínico e interdisciplinario, apoyado, pero no determinado exclusivamente por estudios de gabinete y valoración oftalmológica^{12,20}. Aunque debido al diseño retrospectivo no fue posible caracterizar homogéneamente todos los hallazgos radiológicos y oftalmológicos de nuestros pacientes, la frecuencia de traumatismo craneoencefálico observada en nuestra población refuerza la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante lesiones neurológicas inexplicables o incompatibles con el mecanismo referido.

Otro estudio observacional (C. Boos Stephen) evaluó 226 lactantes menores de un año que requirieron reanimación cardiopulmonar y posteriormente fallecieron, documentando lesiones externas en cara, cuello y tórax²⁴. En nuestra línea, el 5.5% de los pacientes requirió reanimación cardiopulmonar y posteriormente falleció, observándose asociación significativa tanto con abuso infantil ($p = 0.022$) como con omisión de cuidados ($p = 0.023$). Aunque las características clínicas específicas difieren entre ambos estudios, los resultados evidencian la elevada gravedad y mortalidad asociada al maltrato infantil severo.

Finalmente, otro aspecto consistentemente señalado por la CAINM-INP-UNAM corresponde al importante subregistro del maltrato infantil, derivado de la falta de sospecha clínica, temor

a implicaciones legales y ausencia de capacitación específica del personal de salud^{9,25}. Aunque en nuestra población la notificación al Ministerio Público alcanzó el 100%, este hallazgo probablemente refleja la identificación de casos clínicamente más graves o evidentes, persistiendo la posibilidad de subdiagnóstico en formas más sutiles de maltrato.

Cabe señalar que, aunque los casos analizados provinieron de distintas regiones del estado de Puebla, nuestros hallazgos coinciden con lo reportado en diferentes entidades federativas del país, donde el maltrato infantil presenta patrones clínicos relativamente similares independientemente del contexto geográfico²⁵.

En conjunto, los resultados obtenidos muestran concordancia con la literatura nacional e internacional y aportan información original sobre el comportamiento clínico y epidemiológico del maltrato infantil en un hospital de segundo nivel, reforzando la importancia de la sospecha diagnóstica temprana, del abordaje multidisciplinario y de la capacitación continua del personal de salud para mejorar la detección oportuna de estos pacientes.

Limitaciones

A pesar de los hallazgos relevantes obtenidos, el estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y descriptivo, debido a la dependencia de expedientes clínicos, lo que puede favorecer subregistro, heterogeneidad diagnóstica y sesgos de información. Asimismo, no fue posible caracterizar homogéneamente todos los hallazgos radiológicos, oftalmológicos y jurídicos.

La muestra correspondió exclusivamente a un hospital de segundo nivel y, aunque se incluyeron 128 casos, esto limita la generalización de los resultados a otras poblaciones o niveles de atención.

No se realizó seguimiento longitudinal, por lo que no fue posible evaluar secuelas a largo plazo ni el impacto de las intervenciones realizadas. Además, variables potencialmente relevantes como dinámica familiar, antecedentes psiquiátricos, nivel socioeconómico y redes de apoyo no pudieron analizarse de forma integral.

Finalmente, la variable estudiada correspondió al cuidador principal registrado en el expediente clínico y no necesariamente al perpetrador directo del maltrato, ya que en algunos casos de abuso sexual se identificaron terceros ajenos al rol de cuidador principal.

CONCLUSIÓN

El presente estudio identifica patrones clínicos y epidemiológicos relevantes asociados al maltrato infantil en un hospital de segundo nivel.

La incompatibilidad entre el mecanismo de lesión referido y los hallazgos clínicos, así como la presencia de fracturas de huesos largos —particularmente de fémur—, constituyen indicadores clínicos de alta sospecha de maltrato infantil.

Asimismo, factores sociodemográficos como el sexo del paciente y el nivel educativo del cuidador principal mostraron asociación significativa con la presencia de maltrato infantil.

Los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la capacitación médica, mantener un alto índice de sospecha clínica y promover estrategias multidisciplinarias para la detección oportuna, atención integral y notificación adecuada de los casos.

Más allá de aportar datos estadísticos, este estudio visibiliza las particularidades locales del maltrato infantil en Puebla y enfatiza la necesidad de que la comunidad médica asuma un rol activo en la identificación, atención y seguimiento de estos pacientes. Los resultados enriquecen

la literatura nacional, pero sobre todo invitan a la reflexión sobre la responsabilidad del personal de salud en la detección oportuna y la atención integral.

De igual manera, los hallazgos abren nuevas líneas de investigación orientadas a evaluar factores pronósticos, desenlaces neurológicos y psicológicos a largo plazo, caracterización específica del trauma craneal abusivo, análisis de factores familiares y socioculturales asociados, así como la efectividad de protocolos institucionales de detección temprana e intervención multidisciplinaria. Asimismo, se requieren estudios multicéntricos, prospectivos y con mayor tamaño muestral que permitan fortalecer la evidencia nacional y desarrollar estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas más precisas para niñas, niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil.

Debido al diseño retrospectivo y descriptivo del estudio, los resultados deben interpretarse con cautela y no pueden generalizarse a otros niveles de atención.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024
2. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Prevención del maltrato infantil en el ámbito familiar [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2018 Sep 20. <https://www.gob.mx/salud/censia>
3. Deutsch SA. The child exposed to substances: Clinical characteristics and diagnosis. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 Sep 17 [cited 2025 Nov 17]. Available from: <https://www.uptodate.com>
4. World Health Organization. Child maltreatment [Internet]. Geneva: World Health Organization; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
5. Derechos Infancia México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Defunciones por agresiones de infancia y adolescencia en México (2000-2023) [Internet]. Ciudad de México: REDIM; 2024. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2024/11/11/defunciones-por-agresiones-de-infancia-y-adolescencia-en-mexico-2000-a-2023/>
6. Consejo Nacional de Población. Lesiones y causas de violencia: el homicidio en menores de edad [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 2016 <https://www.gob.mx/conapo/documentos/lesiones-y-causas-de-violencia-el-homicidio-en-menores-de-edad>
7. World Health Organization. Child maltreatment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
8. Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud [Internet]. Washington (DC): OPS; 2023. <https://doi.org/10.37774/9789275326824>
9. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, Capistrán-Guadalupe A, Carballo-Herrera R, et al. Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Primera parte. Salud Ment. 2010;33(3):283-290.
10. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, López-Navarrete GE, Perea-Martínez A, Gómez-Jiménez M, et al. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2009;66(3):283-291.
11. Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2007;119(6):1232-1241. doi:10.1542/peds.2007-0883.
12. Christian CW, Block R; Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics. 2009;123(5):1409-1411. doi:10.1542/peds.2009-0408.
13. Scherl SA, Ho CA. Orthopedic aspects of child abuse. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024. <https://www.uptodate.com>
14. Christian CW. Abusive head trauma in infants and children. UpToDate [Internet]. Waltham (MA). <https://www.uptodate.com>
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México [Internet]. Ciudad de México: UNICEF México; 2023. <https://www.unicef.org/mexico/>
16. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes: informe estadístico sobre violencia infantil [Internet]. Ciudad de México: SNDIF; 2022 <https://www.gob.mx/difnacional/acciones-y-programas/programa-nacional-de-proteccion-de-ninas-ninos-y-adolescentes>
17. Loredó-Abdalá A, Reynés-Manzur JN. Síndrome del niño maltratado. Rev Mex Pediatr. 2018;85(2):52-60.
18. Gil-Vargas M, Villanueva-Clift H. Violencia contra niñas, niños y adolescentes y maltrato infantil. Puebla: ResearchGate; 2017 Nov 2 [citado 2025 Nov 17]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/321039206>
19. Gil-Vargas M, Martínez-Tovilla Y, Martín-Zayago E, Llanos-Herrera C, Ramírez-Jacinto MA, Ramírez-Servín A. Frequency and characteristics of battered child syndrome in patients on a paediatric burns unit: a clinical case review. Rev Med Hosp Gen Mex. 2017;80(3):139-147. doi: 10.1016/j.hgmx.2016.06.004.

20. Loredó-Abdalá A, Casas-Muñoz A, Monroy-Villafuerte MG. Atención interdisciplinaria del maltrato infantil. *Acta Pediátrica Mex.* 2016;37(4):224-233.
21. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C. Manifestaciones ortopédicas del maltrato físico infantil. *Acta Ortop Mex.* 2014;28(6):378-384.
22. García-Piña CA, Loredó-Abdalá A. Lesiones centinela en maltrato infantil. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(5):321-329.
23. Boos SC, Stephan C. Recognition of physical child abuse. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025 Feb [cited 2025 Nov 18]. Available from: <https://www.uptodate.com>
24. Boos SC, Feldman KW. Differential diagnosis of suspected physical abuse: Cutaneous manifestations. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 Sep <https://www.uptodate.com>
25. Loredó-Abdalá A, Villanueva-Clift H, Aguilar-Ceniceros AM, Casas-Muñoz A. Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2016;73(4):219-227. doi: 10.1016/j.bmhmx.2016.03.006.