GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

ACTUALIZACIÓN
2021

Manifestaciones clínicas para la sospecha del **Abuso Físico** en niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad para los tres niveles de atención de salud

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-DIF-400-21

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL | MARINA SECRETARÍA DE MARINA

CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL | IMSS | ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO | PEMEX POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA | SNDIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Av. Marina Nacional 60, piso 9, ala "B"
Col. Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, "Derechos Reservados". Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) fue elaborada con la participación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron de que la información sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía; declaran que no tienen conflicto de interés y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecten su participación ni la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el Catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC; con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada institución.

Este documento puede reproducirse libremente dentro del Sistema Nacional de Salud y sin autorización escrita, sólo cuando sea usado para fines de enseñanza, en la práctica médica y en actividades no lucrativas. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el usuario pueda explotar o servirse comercialmente directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse directa o indirectamente con lucro de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la elaboración de esta GPC se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente y no sexista que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad, así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Manifestaciones clínicas para la sospecha del abuso físico en niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad para los tres niveles de atención de salud.** Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; **2021**. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-DIF-400-21/ER.pdf

Actualización: **Total.**

ISBN en trámite.

GRUPO DE DESARROLLO

AUTORÍA

Dra. Corina Araceli García Piña	Pediatría	Instituto Nacional de Pediatría (INP)	Coordinadora de la Clínica de atención integral al niño maltratado	Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C. (CMCP)/Academia Mexicana de Pediatría, A.C.
Psic. Sandra Posadas Pedraza	Psicología	INP	Coordinadora de la Clínica de atención integral al niño maltratado	Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.
Dra. Patricia Solís Iniesta	Pediatría	INP	Médica adscrita a la Clínica de atención integral al niño maltratado	CMCP
Lic. Enf. Blanca Rosa Ortega Castañeda	Enfermería	INP	Enfermera adscrita a la Clínica de atención integral al niño maltratado	
Lic. T. S. Alexis Godínez González	Trabajo social	INP	Trabajador social adscrito al INP	Colegio de Trabajadores Sociales de México, A.C.
Mtro. Chiharu Murata	Maestría en Rehabilitación neurológica	INP	Investigador en Ciencias Médicas B, adscritoal INP	
Dra. Karina Pérez Calvillo	Medicina general	Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)	Médica egresada de UAM	

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Dra. Miriam Hernández Hernández	Medicina general	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)	Médica Adscrita al SNDIF	Asociación Mexicana de Médicos Generales y Familiares, A.C.
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Medicina Familiar	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos	

BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Lic. en Bibliotecología.	CENETEC	Jefe de Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo GPC	Asociación Mexicana de Bibliotecarios A.C. (AMBAC).

VALIDACIÓN

Protocolo de Búsqueda				
Lic. V. Beatriz Ayala Robles.	Lic. en Bibliotecología.	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Ismael Cosío Villegas"	Jefa de la Oficina de Biblioteca y Editorial.	Asociación Mexicana de Bibliotecarios A.C. (AMBAC).
Guía de Práctica Clínica				
Dra. María Ofelia Mendoza Rojas	Medicina del Adolescente	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	Médica Adscrita al Servicio de Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".	Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia A.C. (AMSA)
Dr. Guillermo Peñaloza Solano	Psiquiatría	Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) Secretaría de Salud	Médico especialista, adscrito a los SAP	

ÍNDICE

1. Aspectos Generales 5
1.1. Metodología 5
1.2. Actualización del año 2009 al 2021 6
1.3. Introducción 7
1.4. Justificación 11
1.5. Objetivos 12
1.6. Preguntas clínicas 13
2. Evidencias y Recomendaciones 14
2.1. Detección 15
2.2. Detección 19
2.3. Detección 22
2.4. Detección 25
2.5. Detección 28
3. Anexos 33
3.1. Diagramas de flujo 33
3.2. Cuadros o figuras 34
3.3. Listados de recursos NO APLICA 37
3.4. Protocolo de búsqueda 38
3.5. Escalas de gradación 41
3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave 44
4. Glosario 45
5. Bibliografía 46
6. Agradecimientos 49
7. Comité Académico 50
8. Directorio Sectorial 51
9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica 52

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. *Clasificación*

Profesionales de la salud	Medicina general, pediatría, enfermería, médico familiar, trabajador social, psicólogo
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: T74.1 Abuso Físico
Categoría de GPC	Primer, segundo y tercer nivel de atención
Usuarios potenciales	Médico general, médico familiar, pediatra, médico legista, urgenciólogo pediatra, anestesiólogo, psiquiatra, cirujano general, radiólogo, enfermeras, odontólogos, cuidadores, trabajador social, profesores, psicólogos.
Tipo de organización desarrolladora	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Instituto Nacional de Pediatría Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Instituto Nacional de Pediatría Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	**Detección** **Referencia**
Impacto esperado en salud	• Sospecha oportuna • Referencia a especialistas • Limitación del daño • Manejo integral
Aspectos que no cubre la GPC	Promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, rehabilitación
Metodología	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación Publicación en el Catálogo Maestro
Búsqueda sistemática de la información	Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: 01/2020 Número de fuentes documentales utilizadas: 39 Guías seleccionadas: 5 Revisiones sistemáticas: 5 Revisiones bibliográficas: 25 Estudios observacionales: 4
Conflicto de interés	Todos los integrantes del grupo de desarrollo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Año de publicación	Año de publicación: 2021. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

1.2. Actualización del año 2009 al 2021

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación, se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El título de la guía:

    - Título desactualizado:
      Detección temprana del abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años de edad para el primer nivel de atención

    - Título actualizado:
      Manifestaciones clínicas para la sospecha del abuso físico en niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad para los tres niveles de atención de salud

2. La actualización en evidencias y recomendaciones se realizó en:

    - **Promoción**
    - **Prevención**
    - **Detección**
    - **Diagnóstico**
    - **Tratamiento**
    - **Pronóstico**
    - **Rehabilitación**

1.3. Introducción

El maltrato infantil se entiende como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia, exposición a la violencia de pareja y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar daño a la salud, al desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2016).

El abuso físico, es definido por la OMS/OPS, como toda forma de agresión no accidental infligida al menor producido por medio del uso de la fuerza física, incluyendo dos categorías:

a. Traumas físicos que producen lesiones gravesentre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte
b. Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que, a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo substancial para la vida del niño

El síndrome del niño sacudido es otra variante del abuso físico, generado por sacudir fuertemente a los bebés, el cual puede ocasionar secuelas gravescomo daño cerebral y la muerte (OMS/OPS, 2006).

El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida e incluso causar la muerte; es complejo y multifactorial por lo que su estudio resulta difícil. Las estimaciones son muy variables dependiendo del país, el método de investigación utilizado, de la calidad de las encuestas y de la cobertura, así como de las estadísticas oficiales (OMS, 2016). Una cuarta parte de los adultos, reporta haber padecido algún tipo de maltrato físico durante la infancia.

De los diversos estudios que se han realizado a nivel mundial, seis de cada diez niños de 2 a 14 años de edad en el mundo (alrededor de mil millones de menores) son objeto de manera habitual de castigos físicos a mano de quienes les cuidan. Casi setenta millones de niñas indican que han sufrido alguna forma de violencia física a partir de los 15 años de edad. Aproximadamente tres de cada diez adultos a nivel mundial cree que el castigo físico es necesario para criar y educar adecuadamente a los niños. Cerca de ciento veintiséis millones de las niñas del mundo, entre 15 y 19 años de edad opinan que en algunas ocasiones se justifica que los maridos golpeen o den palizas a sus esposas (UNICEF, 2014).

En Estados Unidos en el año 2013, basado en informes de la Agencia de Protección y Servicio para Niños, se estimó que tres millones doscientos mil de niños fueron investigados por maltrato (negligencia, abuso sexual y abuso físico), calculándose que seiscientos setenta nueve mil fueron víctimas de abuso. Los niños más pequeños fueronlos más vulnerables; los niños en su primer año de vida tuvieron la mayor tasa de victimización en 23.1/1000. Se estima que 1520 de los niños murieron por abuso, tres cuartaspartes de ellos fueron menores de 3 años, sin embargo, se debe considerar que existe un subregistro.

Del total de las víctimas de abuso, el 18% corresponde a maltrato físico, siendo golpeados, sacudidos, arrojados, envenenados, quemados, escaldados, ahogados o sofocados (Soares B, 2017).

En Latinoamérica, las investigaciones sobre maltrato infantil han tenido como una finalidad importante contar con cifras que se acerquen a la realidad del fenómeno, sin embargo, debido a la falta de homologación de la metodología con la que se miden las diferentes formas de maltrato y las divergencias de las muestras, hasta ahora, no es posible hablar de cifras comparables entre los distintos países (Larraine S, 2009; UNICEF, 2019).

En México y Centroamérica, el castigo físico se justifica como un mecanismo que utilizan los padres para corregir y enderezar las conductas de sus hijos; así, formas de violencia como golpear, pellizcar o patear a las niñas y niños no son consideradas como acciones lesivas.

En América del Sur, se visualiza con claridad a la familia como una instancia en la que ocurren gran parte de las situaciones de violencia contra niñas y niños. En la mayoría de los países aproximadamente el 50% de los menores de edad reciben algún tipo de violencia. La violencia física considerada como menos grave, es la más frecuente y se manifiesta con cachetadas, pellizcos, golpes en brazos, piernas y cabeza. Menos presencia tiene la violencia más grave, que se produce por medio de golpes con objetos, latigazos, amenazas e incluso en algunos casos con armas.

México

De acuerdo con las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México cuenta con cientos diecinueve millones noveciento mil habitantes, de los cuales treintanueve millones doscientos mil de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad, es decir el 32% de la población total. De ellos, veinte millones quinientos mil (50.6%) son niños y adolescentes hombres y diecinueve millones setecientos mil (49.3 %) son niñas y adolescentes mujeres (INEGI, 2017).

Uno de los problemas más cotidianos de la violencia que enfrentan niñas, niños y adolescentes es el maltrato por parte de sus madres, padreso cuidadores. En la encuesta nacional de niños, adolescentes y jóvenes realizada por la UNAM en el 2015, las personas encuestadas señalaron que los principales problemas de la niñez están vinculados con diversas formas de violencia u omisión de cuidados.

La violencia entre los padres fue la más mencionada (34.7%), en segundo lugar la condición económica de la familia (28.3%) y por último el maltrato (14.3%). De acuerdo con información disponible, se observa que 63% de niñas, niños y adolescentes - de 1 a 14 años de edad - han experimentado al menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros de su hogar; esto es, seisde cada diez niños, niñas o adolescentes experimentó recientemente algún tipo de disciplina; lo anterior ubica a México en la media de los países de la región de América Latina y el Caribe, donde países como Cuba (36%), Panamá (45%) o Costa Rica (46%), presentan menores porcentajes de disciplina violenta hacia niñas y niños (INEGI, 2017; Plan de acción de México, 2017)

La encuesta encontró que para el 40.2% de los encuestados es justificable golpear a un niño cuando se porta mal y un 25.3% señaló que se justifica cuando es necesario educarlo. Esta información refleja que el castigo corporal es algo común y pone de manifiesto la necesidad de cambiar prácticas arraigadas en la sociedad (Plan de acción de México, 2017).

La UNICEF en su informe anual 2017, reporta que, uno de cada quinceniños y niñas ha recibido alguna forma de castigo físico grave(jalones de orejas, bofetadas, manotazos o golpes fuertes), como método de disciplina. La escuela y la vía pública son dos entornos donde suceden ochode cada diezagresiones contra niñas, niños y adolescentes entre 10 y 17 años de edad; mientras que el hogar es el tercer lugar en donde los niños están expuestos a la violencia.

Por otra parte, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, se desprende que el 49% de niñas y niños de entre 10 y 17 años de edad señalaron que las agresiones o actos de violencia de todo tipo, fueron cometidas, con mayor frecuencia: en el contexto comunitario (lugares públicos, calles, transporte en 50%, seguido del contexto escolar con el 40% y el hogar en tercera posición con el 10%).No obstante, destaca que las agresiones más frecuentes en el contexto comunitario están relacionadas con agresiones a la integridad física, mientras que en el contexto escolar se presentan con más frecuencia y cotidianidad las agresiones verbales y la violencia psicológica (Plan de acción de México, 2017).

Factores de riesgo

La identificación oportuna de los factores de riesgo está encaminada a desarrollar estrategias educativas o de seguimiento con aquellas familias en riesgo de maltrato infantil, en la protección y atención a niñas, niños y adolescentes.

Se han identificado varios factores de riesgo de maltrato infantil, aunque no están presentes en todos los contextos sociales y culturales, dan una visión general que permite comprender las causas. En relación con niñas, niños y adolescentes algunos factores están relacionados a la etapa del desarrollo, no cubrir con las expectativas de los padres, percepción negativa de la conducta normal del niño y tener necesidades especiales.

En los padres y cuidadores hay aspectos que pueden incrementar dicho riesgo: las dificultades para establecer lazos afectivos, los antecedentes de maltrato infantil, la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil y el consumo de alcohol u otras sustancias.

Adicionalmente existen características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas: los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia, la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros, la presencia de diversos cuidadores, el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos y la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.

Finalmente habrá que considerar el entorno social como las desigualdad social y de género, la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones, los

niveles elevados de desempleo o pobreza, las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados culturalmente a cada sexo y las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas(OMS, 2016).

Los factores protectores se refieren a aquellas características o condiciones que disminuyen la probabilidad de malos tratos a niñas, niños y adolescentes. El maltrato infantil tiene lugar cuando estos factores se ven superados por las variables de riesgo.

Los factores protectores, involucran variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. Dentro de los factores protectores personales se incluyen las habilidades comunicativas, sentido del humor, creatividad, autonomía y tolerancia a la frustración.

Entendemos como factores protectores: las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarsey empatía.

El factor protector más relevante para el desarrollo de las personas corresponde al vínculo afectivo con una persona significativa para niñas, niños y adolescentes; ya sea la madre, el padre oalgún otro adulto, con el cual pueda relacionarse de manera cálida y estable. El apoyo que proporciona un vínculo estable permite que niñas, niños y adolescentes afronte sus crisis inesperadas e imprevisibles.

Al establecer un vínculo estrecho, adquieren la confianza básica, seguridad y constancia objetal. A medida que van creciendo, estas capacidades les permiten mantener relaciones estables con personas hacia las que tiene sentimientos encontrados o ambivalentes.

Otros componentes protectores fundamentales; son una actitud de competencia de la madre, el padre o adulto cuidador, una buena relación con madres, padres o alguno de ellos, el apoyo de los entornos inmediatos, una buena red de relaciones informales, la educación y la participación.

1.4. Justificación

La violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), implica costos económicos asociados a proveer recursos y servicios a los NNA víctimas de violencia, los costes de atención sanitaria y servicios médicos, de acogida y legales; así como a los no económicos, los cuales se refieren, al dolor y al sufrimiento de los NNA maltratados, a secuelas físicas y psíquicas, deterioro en el desarrollo académico, el impacto de la violencia en la futura participación y cualificación laboral. También debe considerarse el costo emocional de la familia y el daño social.

En el estudio de Cora Peterson del 2018, realizado en Estados Unidos, el costo de por vida de la víctima por maltrato infantil no fatal en 2010, fue de doscientos diez mil doce dólares, ascendiendo para el 2018, a la cantidad de ochocientos treinta mil novecientos veintiocho dólares. Se observó el aumento de costo por vítima fatal en comparativa, ascendiendo drásticamente de un millón trescientos mil dólares a diesiseis mil seiscientos millones de dólares.

La carga económica estimada de la población de Estados Unidos por maltrato infantil según los casos de incidentes comprobados en 2015 (482,000 víctimas fatales y no fatales) fue de cuatroscientos veintiocho mil millones de dólares ($428 000 000), lo que representa los costos de por vida incurridos anualmente.

La atención ante una sospecha de maltrato físico a niñas, niños y adolescentes, es necesario que el personal de salud cuente con la información necesaria para detectar oportunamente esta situación que pone en riesgo la integridad del menor así como la intervención que permita el manejo adecuado e integral.

1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Manifestaciones clínicas para la sospecha del abuso físico en niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad para los tres niveles de atención de salud,** forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo** y **tercer** nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

OBJETIVOS

- **Proporcionar las herramientas clínicas para la sospecha de abuso físico infantil al personal de salud de primer contacto en todos los niveles de atención**
- **Mejorar la coordinación y el trabajo en red de las instituciones públicas y privadas**
- **Difundir el procedimiento de notificación de casos de abuso físico a los Ministerios Públicos y a las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes**

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.6. Preguntas clínicas

1. ¿Cuáles son los hallazgos físicos en niñas, niños y adolescentes relacionados con sospecha de abuso físico?

2. ¿Cuáles son los hallazgos para la identificación temprana del síndrome de niño sacudido?

3. ¿Cuáles son las manifestaciones psicológicas asociadas con abuso físico infantil?

4. ¿Cuáles son los elementos sociales que se deben considerar durante la evaluación social de trabajo social para integrar la sospecha de abuso físico?

5. ¿Cuáles son los hallazgos radiológicos que se presentan con mayor frecuencia en niños, niñas y adolescentes con sospecha de abuso físico?

2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

En apego al Manual Metodológico para la Integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud[1], las evidencias y recomendaciones incluidas en esta GPC fueron realizadas en respuesta a los criterios de priorización de las principales enfermedades en el Sistema Nacional de Salud. Por consiguiente, se convocó a un grupo de desarrollo interdisciplinario de expertos que delimitaron el enfoque, los alcances y las preguntas clínicas, que llevaron a cabo la búsqueda sistemática y exhaustiva de la información científica y al obtener los documentos realizaron la lectura crítica, extracción y síntesis de la evidencia. A continuación, formularon las recomendaciones tomando en cuenta el contexto de la evidencia según el rigor y la calidad metodológica de los estudios, considerando la magnitud del riesgo-beneficio, costo-efectividad, valores y preferencias de los pacientes, así como la disponibilidad de los insumos; finalmente se envió la GPC para validación por expertos externos. Al contar con la versión final de la GPC, se presentó para su autorización al Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para su publicación y difusión en el Catálogo Maestro[2].

Los autores utilizaron para graduar las evidencias y recomendaciones, la escala[3]: **NICE**.

Logotipos y su significado empleados en los cuadros de evidencias y recomendaciones de esta guía[4].

Evidencia: información científica obtenida mediante la búsqueda sistemática, que da respuesta a una pregunta clínica precisa y específica. Debe incluir la descripción del estudio, tipo de diseño, número de pacientes, características de los pacientes o de la población, contexto de realización, intervenciones, comparadores, medidas de resultados utilizados, resumen de los resultados principales, comentarios sobre los problemas específicos del estudio y evaluación general del estudio.

Recomendación clave: acción con el mayor impacto en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, reducción en la variación de la práctica clínica o en el uso eficiente de los recursos en salud.

Recomendación: acción desarrollada de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud más apropiada a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Debe existir una relación lógica y clara entre la recomendación y la evidencia científica en las que se basan, tiene que ser concisa, fácil de comprender y contener una acción concreta.

Punto de buena práctica (PBP): sugerencia clínica realizada por consenso de expertos, cuando la información obtenida de la búsqueda sistemática fue deficiente, controvertida, inexistente o con muy baja calidad de la evidencia, por lo tanto, no se graduará, con la finalidad de ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud.

---

[1] *Metodología para la integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf [Consulta 28/01/2019].*

[2] *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). México: Secretaría de Salud. Disponible en https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-94842 [Consulta 28/01/2019].*

[3] *Las evidencias y recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base conservaran la graduación de la escala original utilizada por cada una de ellas.*

[4] *Modificado del Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo]*

2.1. Detección

1.- ¿Cuáles son los hallazgos físicos en niñas, niños y adolescentes relacionados con sospecha de abuso físico?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Una revisión sistemática que incluyó 13 bases de datos, de 1951 a 2012, de estudios observacionales, cuyo objetivo fue evaluar la antigüedad y los patrones de los hematomas ocasionados en niños, usando la escala de confirmación de abuso para discriminar en los niños los hematomas ocasionados por abuso de los no ocasionados por abuso. Al no existir una prueba estándar de oro para confirmar el abuso, se desarrolló un rango de abuso, donde los estudios con mayor rango incluyeron una evaluación multidisciplinaria, tomando en cuenta los factores sociales e históricos, más allá de la lesión actual, mientras que los estudios de menor rango utilizaron criterios explícitos o una confirmación clínica de abuso. Se realizaron dos preguntas de investigación, la primera: ¿Es posible evaluar con precisión la edad de los hematomas en niños? Se determinó que no es posible evaluar con precisión la edad de las contusiones en niños a simple vista, ya sea en vivo o por fotografía ya que la apariencia de un hematoma varía de acuerdo a la fuerza que lo causó, la parte del cuerpo afectada (tejidos blandos o salientes óseas), el color de la piel y las diferencias en la percepción del color a medida que envejecemos.	**1++** **NICE** *Maguire S, 2013*
E	Los hematomas en niños están directamente relacionados con su desarrollo o grado de movilidad. En los bebés cuya movilidad no es independiente, es difícil encontrar contusiones no abusivas. Así mismo, los hematomas accidentales ocurren con mayor frecuencia en la parte frontal del cuerpo y sobre prominencias óseas (rodillas, espinillas y frente). El sitio más común de hematomas en niños maltratados fue la cabeza, cara, oído, cuello, tronco, nalgas y brazos. Los hematomas abusivos tienden a ser más grandes y se encontraron frecuentemente otras lesiones de tejidos blandos. Otra característica notable en niños maltratados fue la presencia de hematomas en sitios defensivos (intento de defenderse) localizadas en parte superior de los brazos y parte externa de los muslos. Del mismo modo, en lesiones que se vincularon con el objeto utilizado se encontraron contusiones intercaladas con abrasiones cuando se utilizó una cuerda.	**1++** **NICE** *Maguire S, 2013*

	La localización de hematomas en niños con discapacidad, además de los pies, manos, muslos, brazos y abdomen, fue en rodillas.	
E	Se determinó la regla TEN en niños con maltrato, cuyos hematomas se localizaron en torso, oreja y cuello, en niños hasta 4 años de edad y en cualquier región para menores de 4 meses (Sensibilidad de 97%, especificidad de 84%). Además, se encontró que la edad máxima para sufrir hematomas por resbalones y tropiezos es de uno a dos años y ocurre predominantemente en forma de T, en la frente, la nariz o labio superior.	**1++** **NICE** *Maguire S, 2013*
E	Las petequias asociadas a hematomas se relacionan con maltrato. La razón de probabilidad de petequias con abuso fue de 6.0 (IC 95%: 2.1, 14.1). Sin embargo, la razón de probabilidad para la ausencia de petequias fue de 0.9 (IN 95%: 0.8, 1.0). Por lo tanto, cuando las petequias están presentes en asociación con hematomas son un fuerte indicador de abuso, pero su ausencia no tiene valor para excluir maltrato.	**1++** **NICE** *Maguire S, 2013*
R	Se debe considerar la presencia de maltrato infantil cuando encontramos hematomas en niños con las siguientes características: • Encontrar hematomas en un bebé que aún no alcanza su motilidad independiente. • Localizados en cabeza, cara, oído, cuello, tronco, nalgas y brazos. • Cuando los encontramos en sitios defensivos: parte superior de los brazos y parte externa de los muslos. • Lesiones que se vinculan con el objeto utilizado. • La localización de hematomas en niños con discapacidad, además de pies, manos, muslos, brazos y abdomen, buscarlos en rodillas. • Utilizar la regla TEN, cuyos hematomas se localizan en torso, oreja y cuello para niños hasta 4 años y en cualquier región para menores de 4 meses. • La edad máxima para sufrir hematomas por resbalones y tropiezos es de uno a dos años y ocurren en forma de T en la frente, nariz o labio superior. La presencia de petequias en asociación con hematomas, es un fuerte indicador de abuso, sin embargo, su ausencia no puede excluir maltrato.	***A*** **NICE** *Maguire S, 2013*
E	En una revisión sistemática cuyo objetivo fue investigar quemaduras no escaldadas intencionales confirmadas en niños menores de 18 años y proporcionar un análisis descriptivo de la causa, apariencia y distribución de las quemaduras. La investigación incluyó 20 estudios, uno	***1++*** **NICE** *Kemp M, 2014*

	transversal, uno de casos y controles, el resto fueron serie de casos. Se utilizó un estándar clave para la confirmación de la etiología abusiva usando "rango de abuso" publicado por Maguire et al., 2008. El estudio reportó los siguientes datos: la mayoría de los niños eran mayores de tres años (67.5%), más común en hombres (73%), la edad media fue significativamente mayor que la de los niños con otras formas de abuso físico y mayor que la de los niños con escaldaduras intencionales (1.9 +_1.3 SD); en el 34% de los casos había múltiples quemaduras y se distribuyeron predominantemente en las extremidades y tronco. Un tercio de los casos, el 32%, se asoció con el hallazgo de otros signos de abuso físico.	
E	Los rasgos característicos eran quemaduras de contacto claramente delimitadas o cicatrices en formas que reflejaban el agente utilizado. Se registraron predominantemente en las extremidades, troncos y dorso de las manos; frecuentemente eran múltiples y coexistían con signos adicionales de abuso. La causa más común reportada eran las quemaduras de contacto: cigarrillos, planchas, secadores de pelo o calentadores domésticos.	***1++*** **NICE** *Kemp M, 2014*
E	Las quemaduras por cigarrillos son circulares, generalmente de tercer grado, claramente definidas, redondeada, de 0.5-1 cm que forma una cicatriz con un centro hipopigmentado y un borde pigmentado, pueden mostrar diferentes etapas de evolución. Suelen encontrarse en palmas o piernas. En niños con parálisis física se pueden encontrar más lesiones en espalda y extremidades. Frecuentemente se acompañan por otras lesiones ocasionadas por fuerza física, evidencia de abuso sexual y otras cicatrices no específicas. Respecto a las quemaduras por instrumentos de hierro domésticos, generalmente se observa el contorno del instrumento utilizado, localizadas en extremidades o troco.	***1++*** **NICE** *Kemp M, 2014*
E	En quemaduras por secador de pelo, el patrón de la rejilla es claramente visible, el tamaño es variable, localizadas con mayor frecuencia en nalgas, plantas, abdomen, cara y espalda. Pueden estar acompañadas de otras lesiones por maltrato como hematomas, alopecia por tracción, lesiones contundentes y marcas por cinturones. Por otro lado, las quemaduras por radiadores, estufas y calentadores estuvieron localizadas en el dorso de la mano o la muñeca, piernas o pies y pueden ser bilaterales. Se encontraron quemaduras por agentes misceláneos como grasa caliente, tenazas, plástico fundido, bombillas, pistola eléctrica, encendedor, utensilios de cocina calientes. Son quemaduras bien limitadas y reflejan la forma del instrumento utilizado.	***1++*** **NICE** *Kemp M, 2014*

E	En relación a las quemaduras por químicos, pueden ser ocasionadas por la aplicación de ácido en el cuerpo de los niños (localizadas en cabeza y oídos). Las quemaduras por llama son ocasionadas por objetos ardientes como paños al colocarlos directo en el fuego. Pueden encontrarse otras lesiones ocasionadas por abuso físico. Las quemaduras por microondas son ocasionadas por radiación, en biopsia se encuentra la piel y el músculo quemados y la grasa subcutánea relativamente preservada, sin características de quemadura eléctrica (transmisión nuclear o carbonización).	***1++*** **NICE** *Kemp M, 2014*
E	Banderas rojas para la sospecha de abuso físico en niños con quemaduras que no son por escaldadura: • Una declaración de lesión intencional o una quemadura donde la explicación es incompatible con la lesión. • Quemadura claramente delimitada en la forma del agente utilizado. • Quemaduras con cráteres profundos compatibles con quemaduras de cigarrillos • Múltiples quemaduras que no son por escaldadura • Quemaduras coexistentes con otras lesiones	***1++*** **NICE** *Kemp M, 2014*
Rc	Se debe considerar que una quemadura no escaldada es intencional cuando se presentan los siguientes datos: • Presencia de quemaduras de contacto claramente delimitadas o cicatrices en formas que reflejaban el agente utilizado. • Localizadas predominantemente en las extremidades, troncos y dorso de las manos, múltiples y cuando coexistan con signos adicionales de abuso. • Cuando encontramos algún dato de alarma o bandera roja: - Una declaración de lesión intencional o una quemadura donde la explicación es incompatible con la lesión. - Quemadura claramente delimitada en la forma del agente utilizado. - Quemaduras con cráteres profundos compatibles con quemaduras de cigarrillos - Múltiples quemaduras que no son por escaldadura Quemaduras coexistentes con otras lesiones	***A*** **NICE** *Kemp M, 2013*

2.2. Detección

2.- ¿Cuáles son los hallazgos para la identificación temprana del síndrome de niño sacudido?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	En una revisión sistemática que incluyó 5 bases de datos, en el período de enero de 1996 a agosto de 2016 cuyo objetivo fue identificar y comparar las reglas de predicción clínica (CPredRs) que ayudan a los médicos a evaluar la sospecha de trauma craneal abusivo (AHT). Se encontraron los siguientes datos: Una tasa estimada de mortalidad del 26% y discapacidad a largo plazo que oscila entre el 44% y el 92% entre los supervivientes. Además de mayor riesgo de sufrir más lesiones y muerte si no es considerado el AHT. Tras la validación, la probabilidad de AHT fue mayor del 81.5% si había tres o más de las variables predictivas (hematomas de cabeza/cuello, convulsiones, apnea, fracturas de costillas, fracturas de huesos largos o hemorragias de retina). En el estudio de validación, el CPredR realizó una sensibilidad de 0.72 y una especificidad de 0.86 en la detección de AHT utilizando una probabilidad de corte de AHT del 50%.	***1++*** **NICE** *Pfeiffer H, 2017*
E	EL clínico deberá seguir **las reglas de predicción clínica (CPredRs)** que son herramientas basadas en la evidencia, que incorporan tres o más variables a partir de hallazgos clínicos, incluyendo cuatro variables: • Compromiso respiratorio • Hematomas que involucran las orejas, el cuello y el torso • Hemorragias subdurales bilaterales/interhemisféricas • Fracturas craneales (excepto fracturas de cráneo aisladas, unilaterales, no diástáticas, lineales y parietales) Si una o más de las variables estaban presentes, el niño debe ser evaluado a fondo para el abuso.	***1++*** **NICE** *Pfeiffer H, 2017*
E	Se deberá poner especial interés para la sospecha de AHT en la población de menores 3 años de edad ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (PICU).	***1++*** **NICE** *Pfeiffer H, 2017*

E	La Escala de Pittsburgh para lesiones cerebrales infantiles de (PIBIS para AHT) 21 ayuda a determinar qué bebés de alto riesgo en el examen diagnóstico deben someterse a una tomografía computarizada de la cabeza para descartar anomalías, como la AHT; En niños con edades entre los 30 y 364 días de edad, con una temperatura <38,3° C, sin antecedentes de traumatismos y al menos un síntoma asociado con un alto riesgo de AHT (evento de apnea aparente, vómitos sin diarrea, convulsiones/actividad similar a las convulsiones, hinchazón de los tejidos blandos, de cuero cabelludo, hematomas u otros síntomas neurológicos no específicos como letargo se deberá aplicar este instrumento, que al menos deberá tener 2 puntos para sospechar AHT. Si los niños recibieron una puntuación de 2 puntos o más al agregar: anomalías dermatológicas (hematomas) 2 puntos, edad igual o superior a 3 meses 1 punto, circunferencia de la cabeza >percentil 85=1 punto, y hemoglobina <11,3 g/dL=1 punto, se debe realizar una neuroimagen adicional.	***1++*** **NICE** *Pfeiffer H, 2017*
E	Todos los pacientes pediátricos con sospecha de AHT, deben someterse a un estudio multidisciplinarios o judiciales para confirmar el diagnóstico de AHT.20 Dentro del proceso de atención social y de protección infantil, hay múltiples factores forenses, clínicos, sociales e históricos adicionales que se incluyen en las decisiones sobre el equilibrio de probabilidad de abuso y los riesgos futuros para el niño.	***1++*** **NICE** *Pfeiffer H, 2017*
Rc	Se propone considerar para la sospecha de trauma craneal abusivo tomando en cuenta: ● Cuatro variables: compromiso respiratorio, hematomas (que involucren las orejas, el cuello torso, hemorragias subdurales bilaterales / interhemisféricas y fracturas craneales (excepto una fractura de cráneo aislada, unilateral, no diástásica, lineal y parietal). ● Evaluar: historia clínica, examen físico y resultados de investigaciones sociales y especializadas, para predecir la etiología. ● Deberá considerarse la posibilidad de practicar un estudio de imagen de cráneo en menores de 3 meses que clínicamente se tienen buen aspecto pero presentan: evento de apnea aparente, vómitos sin diarrea, convulsiones ó actividad similar a las convulsiones, hinchazón de los tejidos blandos y del cuero cabelludo, hematomas u otros síntomas neurológicos no específicos como letargo. Ante la sospecha de maltrato infantil al aplicar las pruebas de predicción clínica deberá considerarse la intervención de un grupo especializado en maltrato infantil.	***A*** **NICE** *Pfeiffer H, 2017*

E	En una revisión sistemática que incluyó 3 bases de datos realizada en Octubre del 2016, cuyo objetivo fue determinar la precisión diagnóstica de la tríada para detectar si un bebé había sido sacudido violentamente en esta revisión generó 3 773 registros, en donde inicialmente se eliminaron 2 614 registros, conservando 1 064 documentos originales de relevancia potencial que se leyeron como textos completos; de ellos, 1 034 no cumplían los criterios de inclusión y posteriormente fueron excluidos, lo que dio lugar a 30 documentos incluidos. Los efectos de sacudir abusivamente a un bebé fueron sugeridos por primera vez por el neurocirujano pediátrico Norman Guthkelch en 1971. Basándose en algunos casos, introdujo la hipótesis de que sacudir a un bebé hacia atrás y hacia adelante de una manera similar a un latigazo cervical podría causar hematoma subdural y, finalmente, otros signos y síntomas a saber: hemorragias retiniana y encefalopatía, lo que constituye la tríada. Estos síntomas y signos podrían ocurrir sin signos visibles de impacto en la cabeza y se asociaron con “temblores violentos aislados” o sacudidas. Una versión inversa de la hipótesis también se derivó finalmente: si se identificaba la tríada y no se proporcionaba ninguna otra explicación "aceptable", el bebé había sido sacudido violentamente. Durante los últimos 40 años, se han realizado una serie de estudios sobre el "síndrome del bebé sacudido" (SBS), que actualmente es un subconjunto de etiquetas más generales, como traumatismo craneoencefálico abusivo, lesiones no accidentales en la cabeza y términos similares. Los efectos de sacudir a un bebé tienen importantes consecuencias médicas y sociales para el bebé en cuestión, la familia, la confianza del público en general en el sistema médico legal y la ciencia en general.	***1 ++*** **NICE** *Lyone N, 2016*
E	Ha sido mantenido por pediatras y equipos de protección de la infancia (CPT) que hay un cuerpo de conocimiento científicamente robusto que apoya la suposición general de que cuando se observa la tríada, el bebé ha sido sacudido violentamente. El subdiagnóstico está relacionado con un mayor riesgo de que el bebé no esté lo suficientemente protegido, ya que no está separado del perpetrador, mientras que el sobrediagnóstico podría conllevar un mayor riesgo de separar injustamente a una familia y ensuciar y condenar a un padres o tutores inocentes. El CPT y los pediatras a menudo daban por asentado que si la tríada estaba presente, y no se proporcionaban otras explicaciones aceptables, el bebé había sido sacudido violentamente.	***1 ++*** **NICE** *Lyone N, 2016*
E	No hay pruebas científicas suficientes sobre las que evaluar la precisión diagnóstica de la tríada en la identificación de temblores traumáticos [evidencia de muy baja calidad según la medida GRADE]. Los autores utilizaron una tríada	***1 ++*** **NICE** *Lyone N, 2016*

	que comprendía hematoma subdural, hemorragias retinianas difusas y ausencia de hinchazón del cuero cabelludo, para la tríada aplicada, los autores informaron de una sensibilidad de 0.244, una especificidad y un valor predictivo positivo de 1.0 y un valor predictivo negativo de 0.534.	
E	Diferentes condiciones o eventos que podrían haber causado la tríada o sus componentes incluyeron trauma accidental, como una caída o accidente automovilístico, secuencias de parto normal, prematuridad, macrocefalia e hidrocefalia externa, coagulopatías, infecciones, enfermedades metabólicas, leucemia, inmunodeficiencias inmunológicas, malformaciones vasculares en el cerebro y asfixia.	***1 ++*** **NICE** *Lyone N, 2016*
E	Hay pruebas científicas limitadas de que la tríada y, por lo tanto, sus componentes pueden asociarse con temblores traumáticos son de baja calidad según GRADE.	***1 ++*** **NICE** *Lyone N, 2016*
R	Se recomienda no precipitar el diagnóstico erróneo podría afectar a la familia o a un niño riesgo. No hay pruebas científicas suficientes para evaluar la precisión diagnóstica de la tríada en la identificación de sacudidas traumáticas. Evidencia de muy baja calidad. Es recomendable, solicitar la valoración de un equipo interdisciplinario para la valoración integral del paciente, ante la posibilidad diagnóstica de sacudimiento y analizar o descartar otras entidades orgánicas.	***B*** **NICE** *Lyone N, 2016*
✓	Se deberá consignar en la exploración física del paciente los hallazgos obtenidos en el fondo de ojo.	**PBP**

2.3. Detección

3.- ¿Cuáles son las manifestaciones psicológicas asociadas con abuso físico infantil?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Debe considerarse abuso físico si el comportamiento de un niño hacia sus padres o cuidador muestra las siguientes conductas: 1. Aversión o falta de cooperación 2. Falta de interés o baja capacidad de respuesta altos niveles de enojo o molestiaparece pasivo o retraído	***1++*** **NICE** *Guía NICE, 2017*

Rc	Se sugiere explorar en los niños, niñas y adolescentes, las siguientes conductas: 1. Aversión o falta de cooperación 2. Falta de interés o baja capacidad de respuesta altos niveles de enojo o molestiaparece pasivo o retraído	***A*** **NICE** *Guía NICE, 2017*
✓	Se sugiere explorar si los niños, niñas y adolescentes padecen de hipervigilancia (Conducta exagerada en la detección de amenazas, se manifiesta como un nivel aumentado de la atención y de la alerta).	**PBP**
E	Se identificó que el antecedente de abuso físico infantil en los padres incide en un alto riesgo de ejercer abuso físico en sus hijos.	***2+*** **NICE** *Diogo L, 2013*
R	Se sugiere explorar antecedente de abuso físico infantil en los padres.	***B*** **NICE** *Diogo L, 2013*
E	Se identificó que cuando hay síntomas psicosomáticos en los padres existe un alto riesgo de que ejerzan abuso físico en sus hijos. Se identificó que cuando existe dificultad para la expresión de las emociones y conducta empática reducida en los padres, existe un alto riesgo de que ejerzan abuso físico en sus hijos.	***2+*** **NICE** *Diogo L, 2013*
R	Se sugiere explorar en los padres la existencia de síntomas psicosomáticos (somatización en el estrés y alteración en la regulación emocional), así como la expresión de las emociones y conducta empática.	***2+*** **NICE** *Diogo L, 2013*
R	Se sugiere analizar el contexto emocional de la interacción madre-hijo para considerar la sospecha de maltrato infantil.	***A*** **NICE** *Fuchs A, 2015*
E	Se afirma que los sobrevivientes de maltrato infantil corren mayor riesgo de sufrir traumas, específicamente TEPT y Depresión.	***4*** **NICE** *Ramo , 2015*

R	Se recomienda explorar indicadores de TEPT y Depresión en pacientes con sospecha de abuso físico infantil.	***D*** **NICE** *Ramo L, 2015*
E	Las experiencias traumáticas como el maltrato infantil pueden tener efectos transgeneracionales. En una muestra de 135 padres con antecedente de MI, 6.7% maltrató a sus hijos durante los primeros 13 meses de vida.	***4*** **NICE** *Ramo L, 2015*
R	Se sugiere explorar historia de maltrato infantil en los cuidadores principales.	***D*** **NICE** *Ramo L, 2015*
E	Se afirma que quienes han padecido traumas infantiles como el maltrato infantil, pueden presentar alteraciones en la respuesta al estrés.	***4*** **NICE** *Ramo L, 2015*
R	Se sugiere explorar la respuesta al estrés del paciente.	***D*** **NICE** *Ramo L, 2015*
✓	La respuesta al estrés puede ser valorada con preguntas sencillas durante la entrevista, por ejemplo: • ¿Te sientes frecuentemente nervioso? • ¿Te enojas si las cosas no son o salen como tú las esperabas? • ¿Sientes que tienes tantos problemas que no puedes resolverlos? En la entrevista también se sugiere explorar la respuesta al estrés con ejemplos de la vida cotidiana y de acuerdo a la etapa de desarrollo.	**PBP**
E	Es presumiblemente más común entre los hombres que vivieron maltrato durante la infancia que experimenten un significativo riesgo de conductas externalizantes (comportamiento agresivo, delincuencia). Entre las mujeres que vivieron maltrato durante la infancia que experimenten un significativo riesgo de conductas internalizantes (depresión y ansiedad).	***4*** **NICE** *Ramo L, 2015*
R	Se sugiere valorar conductas externalizantes en los padres de cuyos hijos se sospeche abuso físico infantil. Se sugiere valorar conductas internalizantes en las madres de cuyas hijas se sospeche de abuso físico infantil.	***D*** **NICE** *Ramo L, 2015*

2.4. Detección

4.- ¿Cuáles son los elementos sociales que se deben considerar durante la evaluación social de trabajo social para integrar la sospecha de abuso físico?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	En un estudio transversal validado por la Universidad de Utah en Estados Unidos de Norteamérica cuyo objetivo fue: identificar la influencia de la información social en el momento de la toma de decisiones durante el establecimiento de la sospecha de abuso infantil; después de valorar 730 consultas de abuso infantil reportadas por 32 pediatras, se obtuvieron los siguientes resultados. El acuerdo sobre la sospecha de maltrato infantil cayó del 73.3% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 70.1% –76.5%) cuando la información social estaba presente al 66.5% (IC del 95%: 63.1% –70.0%) cuando la información social estaba restringida. En casos con menos certeza, el acuerdo se redujo al 51.3% (IC del 95%: 46.0% –56.7%).	***3*** ***NICE*** *Keenan H, 2017*
R	La información social durante el proceso de la sospecha de abuso físico contribuye al establecimiento del diagnóstico diferencial y a la toma de decisiones, sin embargo, debe ser estructurada de forma analítica y no intuitiva, a fin de evitar sesgos.	***D*** ***NICE*** *Keenan H, 2017*
R	Todos los niños, niñas y adolescentes con sospecha de abuso físico deben ser valorados con herramientas que permitan realizar dicha tarea de forma equivalente.	***D*** ***NICE*** *Keenan H, 2017*
✓	Se sugiere efectuar el número de entrevistas que se consideren necesarias por el Trabajador Social, durante las cuales se empleen instrumentos de evaluación y registro estandarizados para la valoración, algunos de ellos podrían ser: Estudio Psicosocial, Ecomapa, Estudio Socioeconómico, FF-SIL, APGAR Familiar, Genograma, entre otros.	***PBP***
E	De acuerdo con la Clinical Guideline National Institute for Healt and Care Excellence “Child Abuse and Neglet” (NICE) existen algunos factores como la vulnerabilidad socioeconómica, los recursos y características parentales, la ausencia de redes de apoyo socio-familiar (aislamiento social), el abuso de sustancias, la violencia familiar, la volatilidad emocional en los padres, las habilidades de crianza disminuidas o inexistentes, el estrés parental crónico, la historia de maltrato en el padre, madre o cuidador cuando era niño así como la presencia de una discapacidad	***1*** ***NICE*** *Guía NICE, 2017*

	física o metal en el niño(a) o adolescente aumentan el riesgo de la presencia del fenómeno del abuso físico infantil.	
E	De igual forma la guía NICE "Child Abuse and Neglet" identifica como variable observacional la presencia de eventos repetidos en los que aparentemente es amenazada la vida del niño, niña o adolescente, y que estos generalmente solo son presenciados por un padre o cuidador y no se ha reconocido una explicación médica.	***1*** ***NICE*** *Guía NICE, 2017*
E	Algunos otros aspectos relevantes establecidos por la NICE "Child Abuse and Neglet" para su análisis son: cuando el niño(a) o joven cuenta con antecedente de haber escapado de su hogar o de su cuidador, recibe castigos por mojarse o ensuciarse o el padre/cuidador se niega a permitir que el niño o joven hable por su cuenta cuando es necesario para la evaluación de un profesional de la salud.	***1*** ***NICE*** *Guía NICE, 2017*
Rc	Se debe sospechar de maltrato infantil en su variedad abuso físico si se identifican: • Recursos parentales limitados • Estrés crónico en los padres derivado de situaciones sistémicas. • Abuso de sustancias • Habilidades para la crianza deficientes Historia de maltrato en la infancia de los padres o cuidadores.	***A*** ***NICE*** *Guía NICE, 2017*
R	Durante las entrevistas se deben evitar prejuicios, además se recomienda explorar factores de riesgo para maltrato infantil dentro de la dinámica de interacción familiar presente y pasada, reuniendo información de fuentes colaterales (vecinos, escuela, etc.) manteniendo a la familia debidamente informada de los objetivos. Si existe la probabilidad de que esto ponga al niño o joven en riesgo, busque el consejo de las autoridades pertinentes.	***A*** ***NICE*** *Guía NICE, 2017*
R	Durante la valoración, procure centrar la atención por igual en padres y cuidadores masculinos y femeninos.	***A*** ***NICE*** *Guía NICE, 2017*
✓	Se sugiere la aplicación de la visita domiciliaria como técnica fundamental para la valoración social en casos de sospecha de maltrato infantil, se considera importante realizar las que se observen necesarias, con un enfoque predominantemente sistémico.	***PBP***

E	En un estudio transversal descriptivo, realizado en Cuba, con una muestra de 32 estudiantes de sexto grado de educación primaria, cuyo objetivo fue identificar la relación de la funcionalidad familiar con la presencia de maltrato infantil a través de la aplicación de pruebas y encuestas anónimas obtuvieron los siguientes resultados: En la casuística, 15.6% de niños consideraron que sí recibían maltrato familiar y que sus padres eran violentos con ellos. Los niños maltratados en su domicilio pertenecían a familias disfuncionales o severamente disfuncionales. (relación 4 a 1). De acuerdo con el parentesco 71.8% recibieron maltrato por parte de la madre y 28.1% por el padre. Los niños y niñas que crecen en un hogar donde impera la violencia, tienden a ser mucho más las víctimas de esa acción que quienes disfrutan de una sosegada vida doméstica.	***3*** ***NICE*** *Gómez D, 2012*
R	Se debe sospechar de maltrato infantil en su variedad abuso físico si se identifica: • Presencia de violencia familiar en cualquiera de sus variaciones Disfuncionalidad familiar.	***D*** ***NICE*** *Gómez D, 2012*
E	En un estudio realizado en Sonora México cuyo objetivo fue evaluar, basándose en el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner, el efecto de factores protectores ambientales e individuales en las condiciones de riesgo para el abuso infantil y en la adaptabilidad de la crianza, en el cual participaron 183 madres mexicanas, se obtuvo como resultado que los factores de riesgo se relacionaron negativamente con los estilos de crianza (coeficiente estructural= -0.34, $p<0.05$) y positivamente con el abuso infantil (coeficiente estructural=0.43, $p<0.05$). Considerando como factores al exosistema de riesgo (lambda=0.26), al microsistema de riesgo (lambda=0.75) y al ontosistema de riesgo (lambda=0.62). El ontosistema de riesgo estuvo conformado por los promedios de las variables “depresión”, “historia de abuso” y “creencias disciplinarias con respecto al castigo”. El microsistema, por las medias de “violencia de pareja” y el exosistema por las de “vecindario inseguro”.	***3*** ***NICE*** *Romero J, 2008*
R	Se recomienda emplear el modelo ecológico de Bronfrenbenner, adaptado por Belsky para el análisis del maltrato infantil, de tal manera que sean considerados de forma integral los factores presentes en el macrosistema, exosistema, microsistema y ontosistema en que se desarrolla, la niña, niño o adolescente.	***D*** ***NICE*** *Romero J, 2008*

R	Se deben considerar la presencia de: • Depresión en los padres • Historia de abuso en la familia • Creencias disciplinarias que favorecen el castigo físico • La violencia de pareja y • El desarrollo familiar en vecindarios inseguros Como variables que favorecen el fenómeno del abuso físico infantil.	***D*** ***NICE*** *Romero J, 2008*
✓	Se sugiere que durante las entrevistas se exploren las creencias basadas en la cultura y la religión, así como las prácticas conductuales relacionadas con la perspectiva de género.	**PBP**

2.5. Detección

5.- ¿Qué fracturas son indicativas para la sospecha de abuso físico en niñas, niños y adolescentes?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
Fracturas por edad		
E	En una revisión sistemática cuyo objetivo fue identificar las características que distinguen las fracturas relacionadas con abuso y las no relacionadas a éste, se encontró: -Las fracturas relacionadas a abuso físico se registraron en cualquier localización, más comunmente en < 1 año y niños entre 1-3 años.	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
E	Los autores estimaron que en niños < 18 meses, 1/9 fracturas se debió a abuso confirmado, en comparación con 1/205 para niños entre 19-60 meses y ninguna en >5 años.	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
E	En otra revisión sistemática que evaluó la literatura científica que compara las fracturas relacionadas y no relacionadas a abuso físico publicadas hasta febrero 2017, se encontró lo siguiente: -Los estudios incluidos afirman que en niños menores de un año, 25-56% de todas las fracturas fueron relacionadas a abuso.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*
E	Las fracturas por abuso son más frecuentes en los grupos de edad más jóvenes; 85% de fracturas accidentales ocurrieron en niños mayores de cinco años, mientras que el 80% de las fracturas por abuso ocurrieron en <18 meses de edad.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*

R	Se recomienda que, en ausencia de una causa manifiesta, el abuso infantil se considere e investigue como parte del diagnóstico diferencial en este grupo de edad (menores de 3 años). Sin embargo, ninguna fractura por si sola puede ser indicativa de abuso infantil, se debe tener presente la edad y el nivel de desarrollo motor del niño.	***A*** ***NICE*** *Kemp A, 2008* *SCoR; RCR, 2018*
Fracturas múltiples		
E	En esta revisión sistemática, también se encontró, que las fracturas múltiples fueron más comunes en casos de abuso. Worlock encontró una asociación altamente significativa entre fracturas múltiples y abuso: por ejemplo, el 74% (26/35) de los niños maltratados tenían dos o más fracturas en comparación con el 16% (19/116) de los niños no maltratados. Esto fue respaldado por Leventhal y sus colegas en su estudio de fracturas por causas traumáticas, pero no por el estudio de McClelland y Heiple, en el que la mitad de los niños del grupo no abusado tenían factores que predisponen a la fragilidad ósea.	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
E	Los niños maltratados tienen más probabilidades de tener fracturas múltiples que los niños no maltratados p(<0.001).	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*
R	En niños y niñas que presenten fracturas múltiples, se debe sospechar de abuso físico como diagnóstico diferencial.	***A*** ***NICE*** *Kemp A, 2008,* *SCoR; RCR, 2018*
Fracturas de costillas		
E	En un metaanálisis realizado en niños menores de 48 meses, con abuso confirmado o con sospecha, se encontró que, el valor predictivo positivo para las fracturas de costillas en relación con sospecha o confirmación delabuso es 66%. Esto demuestra que en niños y niñas menores de 4 años, las fracturas de costillas se encontraron con mayor frecuencia en abuso que en accidentes.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*
E	Las fracturas de costillas en la región posterior fueron evaluadas en 7 estudios y se concluyó que éstas eran las más predominantes en abuso. En otro estudio se descubrió que las fracturas de costillas posteriores y porterolaterales, son igualmente comunes en abuso y enfermedad metabólica ósea.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*

E	En un metaanálisis realizado a 7 estudios que incluyeron a 233 niños con fracturas de costillas: 128 fueron maltratados, 24 fueron diagnosticados con displasia ósea, 17 fueron prematuros con complicaciones perinatales, 43 tuvieron fracturas debido a un accidente automovilístico o trauma violento, 7 tenían fracturas postquirúrgicas y 11 tuvieron fracturas por otras causas no abusivas. Una vez que se excluyó el trauma mayor (accidentes automovilísticos, casos de trauma violento documentados y casos postquirúrgicos), las fracturas de costillas tuvieron la mayor probabilidad de abuso (0.71, intervalo de confianza del 95% 0.42 a 0.91).	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
E	Cinco estudios incluyeron afecciones que predisponen a la fragilidad ósea como una posible causa y mostraron que la osteopenia del prematuro o la displasia ósea eran causas comunes de fracturas de costillas en <1año y niños entre 1-3 años.	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
E	En ambas revisiones sistemáticas, se encontró: • Los niños maltratados presentaron múltiples fracturas de costillas. • Se registraron fracturas de costillas relacionadas con abuso en cualquier lugar de la costilla y fueron unilaterales o bilaterales.	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008, SCoR; RCR, 2018*
R	Las fracturas de costillas, deben considerarse un signo de abuso físico, sin importar la localización. Sin embargo, también se debe considerar las enfermedades metabólicas que afecten hueso.	***A*** ***NICE*** *Kemp A, 2008, SCoR; RCR, 2018*
Fracturas de Miembros Inferiores		
E	En dos meta análisis en niños <18 meses y niños de 12-48 meses con fractura femoral, se encontró que, en el grupo de 18 meses, el valor predictivo positivo para sospechar de abuso físico o confirmarlo es de 51.1% si hay una fractura femoral presente. Para el grupo de 12-48 meses el valor predictivo positivo es de 11.7%. Esto demuestra que los niños cuya movilidad no es todavía independiente, tienen una menor probabilidad de presentar una fractura femoral.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*
E	En un metaanálisis de 13 estudios de fracturas femorales, que incluyeron 1100 niños, se encontró, que la probabilidad estimada de abuso en fracturas femorales fue de 0.43 (IC del 95% 0.32 a 0.54).	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
E	En una revisión sistemática también se encontró que las fracturas metafisiarias de fémur se registraron con una mayor proporción en abuso.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*

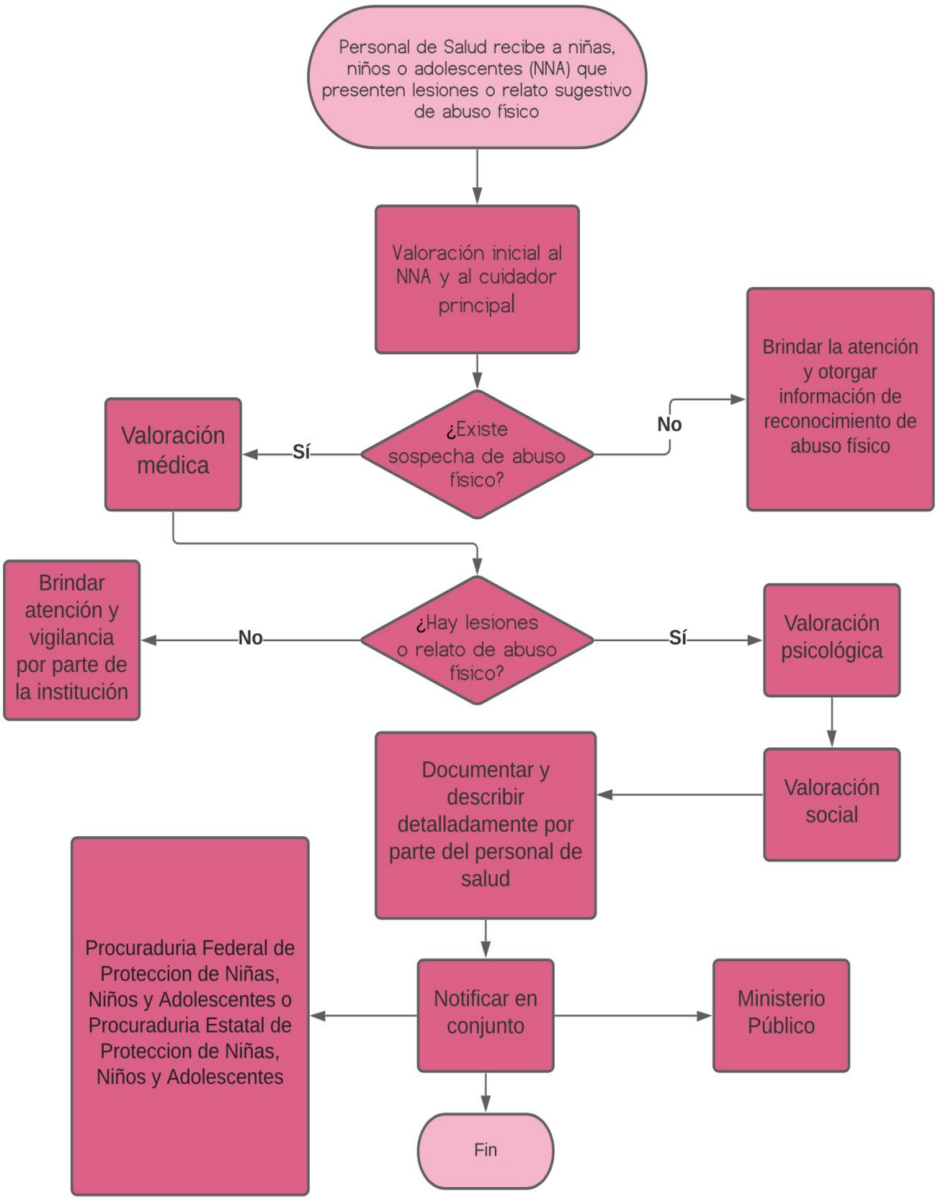
E	La localización más común de fractura femoral tanto en niños maltratados y no maltratados fue el eje medio del fémur. Por otro lado, no se encontraron diferencias en la distribución de las fracturas transversales, espirales u oblicuas. Solo un estudio analizó las fracturas espirales por edad; descubrió que una fractura en espiral femoral por abuso era la más común en menores de 15 meses y no existía una diferencia significativa entre la distribución de fracturas espirales relacionadas y no relacionadas con abuso en mayores de 15 meses.	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
R	En todo niño que presente fractura femoral se debe considerar abuso físico, si es menor a 18 meses, si su movilidad aun no es independiente y si existen incongruencias en el mecanismo de lesión. Así mismo, se debe sospechar abuso en las fracturas metafisiarias.	***A*** ***NICE*** *Kemp A, 2008, SCoR; RCR, 2018*
Fracturas de Húmero		
E	Se realizaron 2 metaanálisis uno para niños de hasta 18 meses de edad y otro para niños 18-48 meses con fractura de húmero, se encontró que, en niños de hasta 18 meses el valor predictivo positivo de una fractura humeral por abuso es 43.8%. Para niños de 18-48 meses el VPP es 1.8%.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*
E	Seis estudios transversales analizaron fracturas de húmero relacionadas con abuso, dos estudios examinaron tipos de fractura específicos y cuatro estudios fueron adecuados para el metanálisis. Estos estudios incluyeron un total de 154 niños menores de 3 años que sufrieron una fractura de húmero. La estimación general de la probabilidad de sospecha de abuso, dada una fractura húmero en un niño menor de 3 años fue de 0.54 (0.20 a 0.88).	***1++*** ***NICE*** *Kemp A, 2008*
E	En una revisión sistemática, se encontró que cuatro estudios confirmaron que las fracturas de húmero en espiral u oblicuas en menores de 5 años, estuvieron fuertemente asociadas a abuso. Por otro lado, las fracturas supracondíleas tuvieron menor probabilidad de ser infligidas.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*
R	La presencia de fractura de húmero en menores de 3 años debe considerarse para la sospecha de abuso físico, con mayor probabilidad aún en menores de 18 meses. Así mismo, en menores de 5 años con fractura de húmero en espiral u oblicuas, deben considerarse un indicador para sospechar abuso.	***A*** ***NICE*** *Kemp A, 2008, SCoR; RCR, 2018*

Fracturas de Cráneo		
E	En un metaanálisis realizado a estudios que incluían niños de 0-48 meses con fractura de cráneo, se encontró que, el valor predictivo positivo para la sospecha o confirmación de abuso en fracturas de cráneo es 20.1%. A diferencia de fracturas de otra localización, éstas no parecen ser una variable clave en <18 meses.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*
E	Las fracturas de cráneo ya sean por accidente o por abuso tienen una mayor prevalencia en niños más pequeños. En un estudio realizado a menores de tres años con fractura de cráneo, se encontró que el 80% fueron por accidentes, mientras el 88% fueron por abuso en menores de 1 año.	***1++*** ***NICE*** *SCoR; RCR, 2018*

3. ANEXOS

3.1. Diagramas de flujo

3.1.1. *Abordaje de abuso físico de niñas, niños y adolescentes*



3.2. Cuadros o figuras

Cuadro 1. Diagnósticos diferenciales más comunes de abuso físico

Tipo de lesión/trauma	Trauma abusivo	Diagnósticos diferenciales
Lesiones cutáneas	**Quemaduras abusivas**	• Quemaduras accidentales • Enfermedades que asemejan quemaduras • Infección por estafilococos • Prácticas culturales
	Hematomas abusivos	• Hematomas accidentales • Enfermedades congénita o trastornos de la coagulación: - Enfermedad de von Willebrand - Hemofilia • Condiciones adquiridas inflamatorias o de la coagulación: - Púrpura - Leucemia - Deficiencia de vitamina K - Anemia aplásica - Coagulación Intravascular Diseminada (CID) - Enfermedad hepática • Trastornos del colágeno adquiridos y hereditarios • Artefactos de la piel • Prácticas culturales
Trauma esquelético	**Trauma esquelético abusivo**	• Enfermedades que afectan el colágeno: - Osteogénesis imperfecta (OI) • Trauma obstétrico (Trauma oculto del nacimiento) • Enfermedades o condiciones que afectan el metabolismo óseo:

		- Osteopenia del prematuro - Raquitismo - Hiperparatiroidismo secundario • Displasias esqueléticas • Tumores malignos • Trastornos neuromusculares (Osteopenia por enfermedades que ocasionan movilidad limitada) • Fracturas costales secundarias a RCP • Otras condiciones patológicas asociadas a huesos de gusano (+ 10) - Hipotiroidismo o Hipofosfatemia. - Síndrome de Down • Variantes óseas normales: - Huesos de gusano (- 10) - Centros de osificación esternal
Trauma visceral	**Trauma abdominal**	• Traumatismo accidental abdominal
	Trauma de cuello y tórax	• Traumatismo accidental de cuello y/o tórax
Traumatismo craneoencefálico	**Traumatismo Craneal Abusivo de la Infancia (HTA) / Síndrome de niño sacudido (SNS)**	• Enfermedades o condiciones que provocan Hemorragia intracraneal espontánea (ICH) o coagulopatías: - Hemofilia severa - Trastorno de factor XIII - Deficiencia de vitamina K de inicio tardío - Defectos de transporte y síntesis ácidos biliares y atresia biliar - Coagulación Intravascular Diseminada (CID) o angiopatías.

	• Enfermedades con pobre integridad vascular con/sin vasculitis • Enfermedades metabólica o causantes de atrofia cerebral - Aciduria glutárica tipo 1 • Agrandamiento benigno del espacio subaracnoideo • Trauma obstétrico (Trauma oculto del nacimiento): - Partos complicados - Extracciones de vacío - Uso de fórceps

a) Christian C, States L. Medical Mimics of Child Abuse. AJR. 2017;208(1):982–990.

b) Paddock M, Sprigg A, Offiah A. Imaging and reporting considerations for suspected physical abuse (non-accidental injury) in infants and young children. Part 2: axial skeleton and differential diagnoses. Clinical Radiology. 2017;72(2017):189-e201.

c) Delgado I, Martínez I, Méndez É. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología. 2016;(58):128-119.

d) Pomeranz E. Child Abuse and Conditions That Mimic It. Pediatr Clin N Am. 2018;65(1):1135-1150.

3.3. Listados de recursos NO APLICA

3.3.1. *Cuadro de medicamentos*

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **<nombre del padecimiento>** del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud:**

Medicamentos					
Clave	Principio activo	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones

3.4. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con latemática de Manifestaciones clínicas para la sospecha del abuso físico en niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años para los tres niveles deatención. Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de GPC y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español e inglés**
- Documentos publicados del **1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019.**
- Documentos enfocados a **población en edad pediátrica.**
- **Documentos enfocados a humanos**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idioma distinto a español o inglés.

3.4.1. *Búsqueda de GPC*

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el término MeSh **"child abuse**", considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvo **17**resultados, se utilizaron **3** documentosen la actualización de la GPC.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Child Abuse"[Mesh] Filters: Guideline, Practice Guideline, Humans, English, Spanish, Child: birth-18 years, from 2010 - 2019	17

También se realizó la búsqueda en PubMed, relacionando a partir del operador booleano AND los términos MeSh "chid abuse" y "Practice guidelines as topic", sin considerar tipo de documento específico. Se obtuvieron **206** resultados, se utilizaron **2** documentos en la actualización de la GPC.

BÚSQUEDA	RESULTADO
"Child Abuse"[Mesh] AND Practice Guidelines as Topic[Mesh] Filters: Humans, English, Spanish, Child: birth-18 years	206

Además se realizó la búsqueda de GPC en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB[5]	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	"child abuse" Document type: Guidance Guidance category: NICE Guidelines Clinical Guidelines Status: Published	5	1 (REF. 15)

[5]*Realizar la búsqueda en sitios Web de GPC con temáticas específicas (SOGC y RCOG en ginecología; AAN en neurología; NCCN en oncología, entre otros)*

NHS Evidence	"child abuse" Evidence type: guidance Area of interest: clinical Date: 01/01/2010 – 31/12/2019	53	3 (REF. 10, 15, 34) (Uno de estos resultados ya se había obtenido en búsqueda anterior)
Guidelines International Network (GIN)	"child abuse"	1	1 (REF 15) (Ya se había obtenido como resultado en búsqueda anterior)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	"child abuse"	1	0
Australian Government. National Health and Medical Research Council	"child abuse"	0	0
GUIASALUD (España)	abusoinfantil	0	0
GUIAS AUGE. Ministerio de Salud (Chile)	abusoinfantil	0	0
Colombia. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica	abuso infantil	0	0
TOTAL		**60**	**3 (1 de éstos se encontró en 3 recursos de información consultados)**

3.4.2. *Búsqueda de revisiones sistemáticas*

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el término MeSh **"child abuse**", considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvo**301**resultados, se utilizaron **8** documentosen la actualización de la GPC.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Child Abuse"[Mesh] Filters: Meta-Analysis, Systematic Review, Humans, English, Spanish, Child: birth-18 years, from 2010 - 2019	301

También se realizó la búsqueda de Reviews en PubMed, **utilizando el término MeSh "child abuse", considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvo 974**resultados, se utilizaron **5** documentosen la actualización de la GPC.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Child Abuse"[Mesh] Filters: Review, Humans, English, Spanish, Child: birth-18 years, from 2010 - 2019	974

Además, se realizaron búsquedas de revisiones sistemáticas en sitios Web especializados, se enlistan a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
The Cochrane Library	"child abuse" in Title Abstract Keyword Custom date range= 01/01/2010-31/12/2019)	9	0
NHS EVIDENCE	"child abuse" Evidence type: Systematic Reviews Área of interest: Clinical Date: 01/01/2010- 31/12/2019	118	4
TOTAL		**127**	**4 (2 de éstos ya se habían obtenido como resultado en búsquedas anteriores)**

A continuación se enlistan los sitios Web en donde se ubicaron documentos utilizados en los apartados de introducción y justificación

SITIO WEB	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)	1
Red por los Derechos de la infancia en México	1
Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. UNICEF	1
México. Diario Oficial de la Federación.	1

Además, se retomó una referencia bibliográfica de la versión de la guía que se actualizó:

No.	BIBLIOGRAFÍA DE LA VERSIÓN 2011
1	Guía NICE, 2009

3.5. Escalas de gradación

Escala GRADE

Criterios GRADE para jerarquizar el grado de calidad de la evidencia			
Paso 1 Grado inicial de la evidencia según el diseño	**Paso 2 Reducir nivel (-1 o -2) si:**	**Paso 3 Aumentar nivel (+1 o +2) si:**	**Nivel de calidad de evidencia**
ECA Calidad alta Grado 4	**Calidad metodológica** Limitaciones metodológicas serias (-1) Limitaciones metodológicas muy serias (-2) **Consistencia** Trabajo con resultados inconsistentes (-1) **Aplicabilidad** Diferencia en población, intervenciones o variables de resultado (-1 o -2) **Otras** Datos confusos o imprecisos (-1) Probabilidad de sesgos (-1)	**Fuerza de la asociación** (intervención *vs.* variable de resultado) Magnitud efecto fuerte (+1) RR >2 e IC <0.5 en dos o más estudios observacionales Magnitud de efecto muy fuerte (+2) RR >5 e IC <0.2 **Todo o nada** Gradiente de respuesta relacionado con la dosis (+1) **Factores de confusión** (-1 si perjudican el efecto)	ALTO
Estudios Cuasi-experimentales Calidad moderada Grado 3			MODERADO
E. Observacional Calidad baja Grado 2			BAJO
Otros diseños Calidad muy baja Grado 1 o 0			MUY BAJO

Significado de los niveles de calidad de la evidencia	
Calidad de la evidencia	**Definición**
Alta	Hay una confianza alta en que el estimador del efecto se encuentra muy cercano al efecto real
Moderada	Hay una confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el estimador del efecto se encuentre cercano al efecto real pero hay la posibilidad que existan diferencias substanciales
Baja	La confianza en el estimador del efecto es baja: el estimador del efecto puede ser substancialmente diferente al efecto real
Muy baja	Hay una confianza muy baja en el estimador del efecto: es muy probable que el estimador del efecto sea substancialmente diferente al efecto real

Criterios GRADE Estimación del grado de la recomendación		
Grado	**Prerrequisitos**	**Implicaciones**
Fuerte	Calidad de la evidencia alta	La mayoría de los especialistas bien formados elegirá esta opción
Débil	Balance favorable daño/beneficio	La recomendación debe ser seguida
Basado en el consenso (punto de buena práctica)	Calidad de la evidencia moderada o alta	Muchos de los especialistas bien informados elegirán esta opción, pero una sustancial minoría no

Implicaciones de la fuerza de las recomendaciones desde diferentes perspectivas (pacientes, clínicos y gestores)		
	Recomendación fuerte	**Recomendación débil**
Para pacientes	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y sólo una pequeña proporción no lo estaría.	La mayoría de las personas en esta situación estarían de acuerdo con la acción sugerida, pero muchos no lo estarían.
Para profesionales de la salud	Las herramientas formales para la toma de decisiones probablemente no serán necesarias para ayudar a las personas a tomar decisiones coherentes con sus valores y preferencias.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para cada paciente individual y que se deberá alentar a que cada paciente alcance una decisión de manejo coherente con sus valores y preferencias. Las herramientas para la toma de decisiones pueden ser útiles como ayuda para la toma de decisiones coherentes con los valores y preferencias de cada persona.
Para tomadores de decisiones y gestores	La mayoría de las personas deberían recibir la intervención recomendada.	El desarrollo de políticas en salud requerirá considerables debates y la participación de los diversos grupos de interés. La documentación adecuada del proceso de toma de decisiones para una recomendación débil podría utilizarse como una medida de calidad, en particular, si está basada en evidencia de alta calidad.

Fuente: Guyatt, G.H., et al., GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 2008. 336(7650): p. 924-6. Jaeschke, R., et al., Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. BMJ, 2008. 337: p. a744.

Escala SIGN

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1– y 2– no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
✓	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developeers´handbook: Edinburgh: SIGN; 2008.

3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):	**Abuso Físico**		
CIE-10/CIE-9	CIE-10: T74.1 Abuso Físico		
Código del CMGPC:			
TÍTULO DE LA GPC			**Calificación de las recomendaciones**
Manifestaciones clínicas para la sospecha del abuso físico en niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad para los tres niveles de atención de salud			
POBLACIÓN BLANCO	**USUARIOS DE LA GUÍA**	**NIVEL DE ATENCIÓN**	
Niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años	Médico general, médico familiar, pediatra, médico legista, urgenciólogo pediatra, anestesiólogo, psiquiatra, cirujano general, radiólogo, enfermeras, odontólogos, cuidadores, trabajador social, profesores, psicólogos.	Primer, segundo y tercer nivel de atención	**(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)**
DETECCIÓN			
Se sugirió considerar que una quemadura no escaldada es intencional cuando hay presencia de los siguientes datos: • Presencia de quemaduras de contacto claramente delimitadas o cicatrices en formas que reflejaban el agente utilizado. • Localizadas predominantemente en las extremidades, troncos y dorso de las manos, múltiples y cuando coexistan con signos adicionales de abuso. • Cuando encontramos algún dato de alarma o bandera roja: ✓ Una declaración de lesión intencional o una quemadura donde la explicación es incompatible con la lesión. ✓ Quemadura claramente delimitada en la forma del agente utilizado. ✓ Quemaduras con cráteres profundos compatibles con quemaduras de cigarrillos ✓ Múltiples quemaduras que no son por escaldadura			
Se propuso considerar para la sospecha de trauma craneal abusivo tomando en cuenta: - compromiso respiratorio - hematomas (que involucren las orejas, el cuello, torso - hemorragias subdurales bilaterales / interhemisféricas - fracturas craneales (excepto una fractura de cráneo aislada, unilateral, no diástásica, lineal y parietal)			
Se sospechó de maltrato infantil en su variedad abuso físico si se identificó: - Recursos parentales limitados - Estrés crónico en los padres derivado de situaciones sistémicas. - Abuso de sustancias - Habilidades para la crianza deficientes - Historia de maltrato en la infancia de los padres o cuidadores.			
Se exploró en los niños, niñas y adolescentes, las siguientes conductas: - Aversión o falta de cooperación - Falta de interés o baja capacidad de respuesta - Altos niveles de enojo o molestia parece pasivo o retraído			
RESULTADOS			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

4. GLOSARIO

Abuso físico: toda forma de agresión no accidental infligida al menor, producido por el uso de la fuerza física, incluye dos categorías:

a. Traumas físicos que producen lesiones gravesentre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a caudar la muerte
b. Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similires que, a pesar del daño psicológico, no constituye un riesgo substancial para la vida del niño

El niño zarandeado es un tipo de maltrato infantil. Cuando se sacude fuertemente a los bebés, pueden presentarse secuelas graves, como daño cerebral y aún la muerte(OMS/OPS, 2006).

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Allen B, Tussey C. Can Projective Drawings Detect if a Child Experienced Sexual or Physical Abuse?: A Systematic Review of the Controlled Research. TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE. 2012;13(2):97-111.
2. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005463. DOI:10.1002/14651858.CD005463.pub2.
3. Berkowitz C. Physical Abuse of Children. N Engl J Med. 2017;376(17):66-1659.
4. Butt S, Chou S, Browne K. A Rapid Systematic Review on the Association between Childhood Physical and Sexual Abuse and Illicit Drug Use among Males. Child Abuse Review. 2011;20(1):6-38.
5. Carr A, Duff H, Craddock F. A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE. 2018;20(10):1-16.
6. Christian C, States L. Medical Mimics of Child Abuse. AJR. 2017;208(1):982–990.
7. Delgado I, Martínez I, Méndez É. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología. 2016;(58):128-119.
8. Diario Oficial de la Federación. Ley General de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes. 2014 p. 1-104.
9. Fisher S, Lukefahr J, Rao A. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. PEDIATRICS. 2017;140(2):1-8.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Child and Adolescent Injury Prevention. A Global Call to Action. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 p. 1-16.
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Informe anual México. México: UNICEF; 2017 p. 1-61.
12. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, Physical, and Sexual Abuse in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review With Meta-Analysis. Arthritis Care & Research. 2011;63(6):808-820.
13. Hoehn E, Wilson P, Riney L, Ngo V, Bennett B, Duma E. Identification and Evaluation of Physical Abuse in Children. PEDIATRIC ANNALS. 2018;47(3):e97-e101.
14. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia ECOPRED. México: INEGI; 2014 p. 1-71.
15. Ip P, Wong R, Li S, Chan K, Ho F, Chow C. Mental Health Consequences of Childhood Physical Abuse in Chinese Populations: A Meta-Analysis. TRAUMA, VIOLENCE, &

16. Kemp A, Joshi A, Mann M, Tempest V, Liu A, Holden S et al. What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: a systematic review. Arch Dis Child. 2010;95(1):355-360.

17. Kemp A, Maguire S, Lumb R, Harris S, Mann M. Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse: A Systematic Review. Child Abuse Rev. 2014;23(1):35-47.

18. Klevens J, Whitaker D. Primary Prevention of Child Physical Abuse and Neglect: Gaps and Promising Directions. CHILD MALTREATMENT. 2015;12(4):364-377.

19. Laurent A, Nathanson M, Quiriau F, Briand E, Cook J, Billette T et al. A public hearing. "Shaken baby syndrome: Guidelines on establishing a robust diagnosis and the procedures to be adopted by healthcare and social services staff". Scoping report. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2011;54(1):533–599.

20. Lindert J, Von Ehrenstein O, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf M. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 2014;59(1):359-372.

21. Maguire S, Watts P, Shaw A, Holden S, Taylor R, Watkins W et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. Eye. 2013;27(1):28-36.

22. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Reino Unido: NICE; 2009 p. 1-31.

23. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline. Child abuse and neglect. Reino Unido: NICE; 2017 p. 1-58.

24. Nichols J, Embletonb L, Mwangi A, Morantz G, Vreemane R, Ayaya S et al. Physical and sexual abuse in orphaned compared to non-orphaned children in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. Child Abuse & Neglect. 2014;38(1):304-316.

25. Norman R, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS Medicine. 2012;9(11):1-31.

26. Paddock M, Sprigg A, Offiah A. Imaging and reporting considerations for suspected physical abuse (non-accidental injury) in infants and young children. Part 2: axial skeleton and differential diagnoses. Clinical Radiology. 2017;72(2017):189-e201.

27. Petska H, Gordon J, Jablonski D, Sheets L. The Intersection of Medical Child Abuse and Medical Complexity. Pediatr Clin N Am. 2017;64(1):253-264.

28. Pomeranz E. Child Abuse and Conditions That Mimic It. Pediatr Clin N Am. 2018;65(1):1135-1150.

29. Red por los Derechos de la Infancia en México. Ensayo temático La Infancia Cuenta en México. La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales. Ciudad de México: Derechos Infancia México AC; 2010 p. 1-97.

30. The Royal College of Radiologists and The Society and College of Radiographers. The radiological investigation of suspected physical abuse in children. Reino Unido: the Royal College of Paediatrics and Child Health; 2018 p. 1-50.

31. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Child Maltreatment US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;320(20):2122-2128.

32. Vester M, Bilo R, Karst W, Daams J, Duijst W, Rijn R. Subdural hematomas: glutaric aciduria type 1 or abusive head trauma? A systematic review. Forensic Sci Med Pathol. 2015;1(1):1-11.

33. Viswanathan M, Goldman J, Pan H, Morgenlander M, McKeeman J, Forman V et al. Primary Care Interventions to Prevent Child Maltreatment Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2018;320(20):2129-2140.

34. Vlahovicova K, Meléndez G, Leijten P, Knerr W, Gardner F. Parenting Programs for the Prevention of Child Physical Abuse Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2017;1(1):1-15.

35. Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. Child: care, health and development. 2009;36(2):153-164.

36. Wootton S, Soares B, Alazraki A, Anupindi S, Blount J, Booth T et al. ACR Appropriateness Criteria Suspected Physical Abuse Child. J Am Coll Radiol 2017;14(1):S338-S349.

37. Un análisis estadístico de la violencia contra niños (pág. 8) en el Summary, Hidden in Plain Sight a statistical analysis of violence against children, UNICEF 2014.

38. Munist Mabel, Santos Hilda, Kotliarenco María Angelica, otros, Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y la Fundación W.K. Kellogg. 1998, P.p-12-14.

39. Barudy Jorge y Dantagnan Maryorie, “Los buenos tratos a la Infancia; parentalidad, apego y resiliencia”, Editorial Gedisa, España 2005. Pág. 60

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Nacional de Pediatría** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **Hospital Infantil de México "Federico Gómez"** que participó en los procesos de **validación** en esta guía.

7. COMITÉ ACADÉMICO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Lic. María del Rocío García Pérez	*Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*
Lic. Sally Jaqueline Pardo Semo	*Jefa de la Unidad de Asistencia e Inclusión Social*
Lic. Rubén Ernesto Martínez Rodríguez	*Director General de Integración Social*
Dr. Javier Alberto Cabrera Aguirre	*Director de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos*
Dra. Miriam Hernández Hernández	*Coordinación Institucional de Guías de Práctica Clínica*

8. DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud
Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Lic. Zoé Robledo Aburto
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Lic. María del Rocío García Pérez
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Ing. Octavio Romero Oropeza
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
Almte. José Rafael Ojeda Durán
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
Gral. Luis Cresencio Sandoval González
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. José Ignacio Santos Preciado
Secretario del Consejo de Salubridad General

9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Marcos Cantero Cortés ***Titular de la Unidad de Análisis Económico***	Presidente
Dr. Hugo López-Gatell Ramírez ***Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud***	Titular
Dr. Gustavo Reyes Terán ***Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad***	Titular
Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar ***Director General del Instituto de Salud para el Bienestar***	Titular
Dra. María Eugenia Lozano Torres ***Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud***	Titular
Dr. José Ignacio Santos Preciado ***Secretario del Consejo de Salubridad General***	Titular
Gral. Bgda. M.C. Ramón Arturo Valdés Espinosa ***Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional***	Titular
Cap. Nav. SSN. MCN. Urol. Sanjuan Padrón Lucio ***Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México***	Titular
Dra. Célida Duque Molina ***Directora de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social***	Titular
Dr. Ramiro López Elizalde ***Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado***	Titular
Dr. Rodolfo Lehmann Mendoza ***Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos***	Titular
Lic. María del Rocío García Pérez ***Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia***	Titular
Dr. Onofre Muñoz Hernández ***Comisionado Nacional de Arbitraje Médico***	Titular
Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia ***Encargada de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud***	Titular
Mtro. Delfino Campos Díaz ***Encargado del despacho de la Dirección General de Evaluación del Desempeño***	Titular
Dr. Dwight Daniel Dyer Leal ***Director General de Información en Salud***	Titular
Ing. Adrián Pacheco López ***Encargado de la Dirección General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud***	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. José Manuel Cruz Castellanos ***Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de Chiapas***	Titular 2021-2022
Dr. Alejandro Efraín Benítez Herrera ***Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo***	Titular 2021-2022
Dr. José Luis Alomía Zegarra ***Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud del Estado de Sonora***	Titular 2021-2022
Dr. José Halabe Cherem ***Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México***	Titular
Dr. Felipe Cruz Vega ***Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía***	Titular
Dr. Roberto Guillermo Calva y Rodríguez ***Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría***	Titular
Lic. Héctor Valle Mesto ***Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Jorge Eugenio Valdez García. ***Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Heberto Arboleya Casanova ***Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.***	Asesor Permanente
Lic. Mario González Ulloa Arellano ***Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Frausto ***Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud***	Asesor Permanente
Dr. Edgar Mayolo Hernández Aguirre ***Director de Integración de Guías de Práctica Clínica***	Secretario Técnico