

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS-LEÓN
CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS
Para optar al título de
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

**Lesiones por violencia registrada en el Hospital Primario
Jacinto Hernández, municipio de Nueva Guinea, durante el
2013.**

Autores: Leonardo José Narváez Duarte
Luis Mariano Chévez Villavicencio

Tutor: Dr. Francisco Tercero, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública.

León, octubre de 2014

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta ese punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos,
además de su infinita bondad y amor.

Y a nuestros Padres.

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación
constante que nos ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis doctoral es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho, sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Doctor Francisco Tercero por aceptar apoyarnos para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como Médicos. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir el perfil epidemiológico de los pacientes que acuden por lesiones relacionadas a violencia en el Hospital Primario Jacinto Hernández, municipio de Nueva Guinea, durante el 2013.

El tipo de estudio fue Descriptivo de corte transversal. La población de estudio fue 77,461 habitantes y las unidades de análisis fueron los pacientes lesionados por violencia en el Hospital Primario Jacinto Hernández, municipio de Nueva Guinea, durante enero a diciembre del 2013. La fuente fue los expedientes clínicos. El software fue SPSS versión 20.0. El análisis se basó en porcentajes, medidas de centro y de dispersión, estancia hospitalaria, incidencia y de mortalidad por 100,000 habitantes.

La mayoría de pacientes eran hombres adultos, urbanos, con baja primaria, casados/acompañados, agricultores y amas de casa. Las principales causas fueron por asalto, disputas y violencia doméstica. Los principales agresores fueron extraños, familiares y cónyuge/ex cónyuge. Los principales agentes empleados fueron armas cortopunzantes y puñetazos. Los principales lugares de ocurrencia de las lesiones fueron la vía pública, casa y bar. La mayoría de los casos ocurrieron durante los fines de semana y la noche. Predominaron las heridas, fracturas y traumas craneoencefálicos, principalmente en extremidades superiores, cara y cabeza. El 29.6% de las lesiones fueron múltiples. El 86.5% fue hospitalizado y el 66% tuvo un manejo quirúrgico, principalmente suturas, laparotomía exploratoria, toracotomía y amputación. La tasa de discapacidad y letalidad fue de 17.5% y 3.2%. La incidencia y mortalidad fue de 162 y de 5.2 por 100,000 habitantes, respectivamente.

Se recomienda hacer esfuerzos para promover equipos multidisciplinarios orientados a mejorar la seguridad ciudadana de Nueva Guinea.

Palabras claves: violencia, lesiones, epidemiología, países en desarrollo.

ÍNDICE

- Resumen

INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	8
JUSTIFICACIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVOS	13
MARCO TEÓRICO	14
MATERIALES Y MÉTODOS	23
RESULTADOS	28
DISCUSION	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	41

- Ficha de recolección de datos

Introducción

La violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana y sus efectos se pueden identificar bajo diversas formas en todas partes del mundo. Cada año, más de 1.6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva.¹ En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.^{1,2} Aunque es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria en todo el mundo, además de los miles de millones de días laborables perdidos, las medidas para hacer cumplir las leyes y las inversiones malogradas por esta causa restan a la economía de cada país.³⁻⁴

La violencia se clasifica en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia, como: 1) la violencia autoinfligida; 2) la violencia interpersonal; y 3) la violencia colectiva. La primera comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. La segunda se divide en **violencia familiar o de pareja** (entre familiares o de la pareja), y **violencia comunitaria** (entre personas que no guardan parentesco, conocidos o no) y sucede por lo general fuera del hogar. La tercera se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. En la violencia familiar se incluyen formas de violencia como el maltrato de los menores, de las personas mayores y la violencia contra la pareja. La violencia comunitaria abarca la violencia juvenil, violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.^{1,5}

El problema de la violencia intrafamiliar y sexual (VIFS) afecta en América Latina a 6 de cada 10 mujeres que sufren violencia de pareja con las claras repercusiones en su salud física, psíquica, sexual y reproductiva. Afecta también a niñas, niños y adolescentes como principales blancos de los delitos sexuales (abuso sexual, violación, acoso sexual, explotación sexual comercial) cometidos principalmente en la intimidad del hogar.⁶

El problema de violencia hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, principalmente la violencia intrafamiliar incluyendo la violencia sexual, ha venido presentando a nivel mundial un incremento en los últimos años, lo cual se relaciona al hecho de que por años fue considerado como un asunto privado y silenciado, propiciado a su vez por aspectos de la estructura social y cultural donde predomina una estructura patriarcal, además de ser considerado un problema de costumbre que “afectaba a pocas mujeres, niños/as y adolescentes”, pero que hoy es considerado un problema que afecta profundamente a la sociedad. Es un problema de derechos humanos de grandes consecuencias no sólo para mujeres, niñas y niños, sino también para la salud, la vida laboral y la economía de las familias, las comunidades y el país, hecho que lo ha convertido en un problema de salud pública.¹

Antecedentes

Nicaragua ha experimentado violencia colectiva desde la década de los setenta y ochenta, principalmente, producto de la guerra. Después de ese triste episodio social en el país han surgido desde los años 90 otras formas de violencia, como la violencia interpersonal, ya sea familiar o comunitaria, y se reconoció oficialmente la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública reconociendo este problema y orientando su abordaje a través de la emisión del Decreto Ministerial 67-96.⁶

Desde esa fecha se han venido desarrollando una serie de intervenciones para el abordaje de esta problemática, incluyendo la elaboración e implementación de las “Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar” en el año 2001. Las intervenciones se han venido fortaleciendo a partir del año 2006 con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), dentro del cual se incorpora la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la que se aborda el enfoque de género y los derechos sexuales y reproductivos, así como la violencia de género orientando en uno de sus Objetivos Estratégicos “Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través del fomento de estilos de vida saludable libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas”⁶

Según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07 (ENDESA),⁷ 26% de mujeres entre 15 a 49 años de edad había visto durante su infancia que su padre maltrataba a su madre; 21% declaró haber recibido algún maltrato físico por alguna persona antes de cumplir 15 años de edad, siendo el maltrato mayor a menor nivel de escolaridad y a mayor edad. Entre las mujeres que reportaron maltrato físico a partir de los 15 años, 76% relataron que el responsable fue su marido o ex marido, 12% identificaron al padre, 10% a la madre y un 4% otro familiar. El 48% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 27% violencia física y el 13% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex pareja.

Según registros de la Policía Nacional, las cifras de las mujeres muertas producto de la VIFS fueron: en 2004 dieciséis casos, en 2005 dieciocho, en el 2006 dieciséis, en el 2007 veintidós, en el 2008 dieciocho y en los primeros 6 meses del 2009; quince mujeres asesinadas por su pareja o ex cónyuge, papá, mamá y nieto de la víctima.⁶

De acuerdo a datos del MINSA, la violencia también tiene su impacto en el registro del indicador de Mortalidad Materna, ya que las muertes maternas no obstétricas han representado en los últimos 3 años entre 12 y 15% del total, muchas de ellas asociadas directa o indirectamente a situaciones de violencia. En el 2007, de 119 muertes maternas, 17 (14%) fueron no obstétricas; en el 2008, de 95 muertes maternas, 14 (15%) fueron no obstétricas y en las primeras 24 semanas del 2009, de 42 muertes maternas que se habían registrado, 5 (12%) son no obstétricas.⁶

Diversos estudios consideran que Nueva Guinea es escenario de numerosas transformaciones que han repercutido, de manera directa, en el aumento de la inseguridad y la violencia en general y de la violencia femicida en particular. El crecimiento acelerado, la concentración de la población en el área urbana, la falta de oportunidades de desarrollo, la crisis de las familias, la agudización de la pobreza, la migración forzada, el aumento del narcotráfico y, posiblemente, de otros tráficos ilegales, nuevas formas de criminalidad organizada, una cultura de la violencia arraigada, así como una debilidad de las instituciones de impartición de justicia, son todos fenómenos que crean nuevas asimetrías de poder y llevan al extremo la situación de vulnerabilidad de mujeres y niñas en Nueva Guinea.⁸⁻⁹

Según el informe del Instituto de Medicina Legal para el 2006, la violencia intrafamiliar representó un problema de gran magnitud en Nicaragua, dado que la tasa nacional del 2006 fue de 324 por cada 100,000 habitantes, superior a la de Colombia con 155 por 100 000. Predomina el maltrato de pareja, las lesiones físicas no fatales fueron causadas por mecanismos contundentes, cortocontundentes y cortopunzantes. El tipo de arma asociado con estos mecanismos son puños, garrote, machete, puñal y arma de fuego. La violencia intrafamiliar, en sus tres tipos, está dirigida hacia las mujeres, siendo factores de riesgos la actividad laboral de ama de casa, la edad entre 26 y 35 años, los niveles educativos de secundaria y primaria y el mes de mayor riesgo fue marzo.¹⁰

En el HEODRA, se han realizado diversos estudios sobre lesiones, pero en el más reciente en el 2004, de 6,659 personas tratadas, 88% fueron no intencionales, 9% por violencia interpersonal, y 2% fueron autoinfligidas. La tasa de hospitalización por violencia fue de 7.6%, el resto se maneja ambulatoriamente; 23.5% de estas lesiones fueron clasificadas como moderadas o severas; y el 63% ocurrieron en la calles y 25% en la casa; y 28% estaba relacionada con el consumo de alcohol. Los hombres representaron el 64.7% de los casos, siendo mayor entre los 20 - 24 años de edad (5,625.8 por cada 100,000 habitantes). Entre las mujeres, la tasa más alta fue en los de 64 años y mayores (5,324.2 por cada 100,000 habitantes). Los mecanismos más frecuentes fueron las caídas (33.9%), con objeto contundente (26.8%), corte/perforar/puñalada (15.1%) y relacionado con el transporte (12.8%).¹¹

Justificación

El municipio Nueva Guinea es escenario de numerosas transformaciones que han repercutido, de manera directa, en el aumento de la inseguridad y la violencia en general y de la violencia femicida en particular. El crecimiento acelerado, la concentración de la población en el área urbana, la falta de oportunidades de desarrollo, la crisis de las familias, la agudización de la pobreza, la migración forzada, el aumento del narcotráfico y, posiblemente, de otros tráficos ilegales, nuevas formas de criminalidad organizada, una cultura de la violencia arraigada, así como una debilidad de las instituciones de impartición de justicia, son todos fenómenos que crean nuevas asimetrías de poder y llevan al extremo la situación de vulnerabilidad de mujeres y niñas en este municipio.

El motivo por el cual se decidió usar como fuente de información las estadísticas del Hospital Primario Jacinto Hernández, de municipio de Nueva Guinea, se debe a que es una unidad de referencia donde acuden la mayoría de pacientes casos más severos, por la calidad de la información obtenida y su confiabilidad. Además, porque la evidencia ha demostrado que los hospitales pueden contribuir eficazmente a la prevención de la violencia mediante la colaboración con asociaciones para la reducción la delincuencia local y la violencia en sus diferentes formas¹²⁻¹⁴ y también porque el reporte de asaltos o agresiones es mejor en los que los reportes policía.¹⁵⁻¹⁷ Con la información obtenida podremos caracterizar el perfil epidemiológico de las lesiones resultantes de la violencia intrafamiliar e interpersonal en este municipio y poder sugerir estrategias de prevención para los diversos tipos de violencia que afectan al municipio de Nueva Guinea.

Este esfuerzo responde a la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA cuya meta es Disminuir la violencia intrafamiliar y sexual y promover nuevas formas de relaciones familiares basados en el respeto a la dignidad y en los derechos de todas las personas. Además, brindar protección y atención temporal a personas que son víctimas de violencia y que requieren atención especializada.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes que acuden por lesiones relacionadas a violencia en el Hospital Primario Jacinto Hernández, municipio de Nueva Guinea, durante el 2013?

Objetivos

Objetivo general:

Describir el perfil epidemiológico de los pacientes que acuden por lesiones relacionadas a violencia en el Hospital Primario Jacinto Hernández, municipio de Nueva Guinea, durante el 2013.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características generales de los pacientes.
2. Identificar el agresor y tipo de agente usado.
3. Determinar la naturaleza y severidad de la lesión o lesiones.
4. Describir el manejo brindado a los pacientes.
5. Identificar la condición de egreso de los pacientes.

Marco Teórico

Definición de la violencia

Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que esta adopta con el fin de facilitar su medición científica. Hay muchas maneras posibles de definir la violencia. La OMS la define como: *“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”* Esta definición vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como los accidentes de tráfico, caídas, quemaduras, etc.¹

Tipología de la violencia

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la resolución WHA49.25, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo y pidió a la OMS que elaborara una tipología de la violencia para caracterizar los diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos. Hay pocas clasificaciones taxonómicas y ninguna es completa.¹

Tipos de violencia

Una clasificación divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

1. la violencia autoinfligida;
2. la violencia interpersonal;
3. la violencia colectiva.¹

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas. Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos.¹

1. La violencia autoinfligida

La violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio (también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países) y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación.¹

2. La violencia interpersonal

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- **Violencia familiar o de pareja:** la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar.
- **Violencia comunitaria:** es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de personas mayores. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.¹

3. La violencia colectiva

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación. Evidentemente, los actos cometidos por grupos más grandes pueden tener motivos múltiples.¹

La naturaleza de los actos de violencia

La naturaleza de los actos de violencia, que puede ser:

- física;
- sexual;
- psíquica;
- y privaciones o descuido.¹

En sentido horizontal se muestra quiénes son los afectados (autoinfligida, interpersonal y colectiva), y en el vertical, de qué manera lo son. Estos cuatro tipos de actos de violencia, con excepción de la autoinfligida, suceden en cada una de las categorías generales y sus subcategorías descritas con anterioridad. Por ejemplo, la violencia contra los niños cometida en el seno del hogar puede incluir abuso físico, sexual y psíquico, así como negligencia o descuido. La violencia comunitaria puede incluir agresiones físicas entre los jóvenes, violencia sexual en el lugar de trabajo y descuido de las personas mayores en los establecimientos asistenciales de largo plazo. La violencia política puede incluir la violación durante los conflictos armados, la guerra como tal y la llamada guerra psicológica.¹

Aunque es imperfecta y dista mucho de gozar de aceptación universal, esta clasificación proporciona un marco útil para comprender los tipos complejos de violencia que acontecen en todo el mundo, así como la violencia en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades. También supera muchas de las limitaciones de otras clasificaciones porque capta la naturaleza de los actos de violencia, la importancia del entorno, la relación entre el agresor y la víctima, y, en el caso de la violencia colectiva, los posibles motivos de la violencia. Sin embargo, tanto en la investigación como en la práctica no siempre están claras las líneas divisorias entre los diferentes tipos de violencia.¹

Medición de la violencia y sus efectos¹**Tipos de datos**

Se necesitan distintos tipos de datos para diferentes finalidades, entre ellas las siguientes:

- describir la magnitud y las repercusiones de la violencia;
- entender qué factores aumentan el riesgo de ser víctima de la violencia y de que se cometan actos violentos;
- saber cuán eficaces son los programas de prevención de la violencia.

Algunos de estos tipos de datos y sus fuentes se describen en el cuadro 1.

Cuadro 1 Tipo de datos y posibles fuentes para la recopilación de información.

Tipos de datos	Fuentes	Ejemplos de la información recopilada
Mortalidad	Certificados de defunción, registros de estadísticas demográficas, informes de los médicos, de los forenses o de depósitos de cadáveres.	Características de la víctima, causa de muerte, lugar, fecha, forma de la muerte.
Morbilidad y otros datos de salud	Expedientes médicos de hospital, de consultorio o de otro tipo.	Enfermedades, lesiones, información sobre la salud física, mental o reproductiva.
Por respuesta directa	Encuestas, estudios especiales, grupos de discusión, medios informativos.	Actitudes, creencias, comportamientos, prácticas culturales, victimización y perpetración, exposición a la violencia en el hogar o la comunidad.
Comunitarios	Registros de población, registros del gobierno local, otros registros institucionales.	Recuentos de población, densidad demográfica, niveles de ingreso y educación, tasas de desempleo, tasas de divorcio.
Sobre delitos	Registros policiales, registros del poder judicial, laboratorios criminológicos	Tipo de delito, características del agresor, relación entre la víctima y el agresor, circunstancias del hecho
Económicos	Registros del programa, institución u organismo, estudios especiales.	Gastos en salud, alojamiento o servicios sociales, costos de tratar las lesiones relacionadas con la violencia, uso de servicios.
De política y legislación	Registros gubernamentales o legislativos.	Leyes, normas y procedimientos Institucionales.

Datos de mortalidad

Los datos sobre las muertes, particularmente por homicidio, suicidio y bajas relacionadas con la guerra, pueden proporcionar un indicio del grado de violencia mortal en una comunidad o país determinado. Cuando se comparan con las estadísticas de otras defunciones, tales datos se convierten en indicadores útiles de la carga que imponen las lesiones relacionadas con la violencia. Estos datos también pueden usarse para vigilar los cambios ocurridos en la violencia mortal con el transcurso del tiempo, identificar los grupos y las comunidades en alto riesgo con respecto a la violencia, y hacer las comparaciones dentro de un país y entre países.¹

Otro tipo de datos

Las cifras de mortalidad, sin embargo, son solo un tipo posible de datos para describir la magnitud del problema. Como los resultados no mortales son mucho más comunes que los mortales, y como ciertos tipos de violencia no están plenamente representados por los datos de mortalidad, se necesita otro tipo de información. Tal información puede ayudar a comprender las circunstancias que rodean a determinados incidentes y a describir todas las repercusiones de la violencia en la salud de las personas y las comunidades. Estos datos incluyen:

- información sobre enfermedades, lesiones y otros problemas de salud;
- información, comunicada espontáneamente, sobre actitudes, creencias, comportamientos, prácticas culturales, victimización y exposición a la violencia;
- información de la comunidad sobre las características de la población y los niveles de ingreso, educación y desempleo;
- datos sobre criminalidad, incluidas las características y las circunstancias de los sucesos violentos y sus perpetradores;
- información económica sobre los costos de los tratamientos y los servicios sociales;
- datos sobre la carga económica impuesta a los sistemas de asistencia sanitaria y los ahorros posibles que se logran gracias a los programas de prevención;
- información política y legislativa.¹

Fuentes de datos

Son posibles fuentes de los diversos tipos de información las siguientes:

- las personas;
- los registros de organismos gubernamentales e instituciones asistenciales;
- los programas locales;
- los registros comunitarios y gubernamentales;
- las encuestas poblacionales y de otra índole;
- los estudios especiales.¹

Aunque no figuran en el cuadro 1, casi todas las fuentes incluyen información personal básica, como son la edad y el sexo de las personas. Algunas fuentes, incluidos expedientes médicos, registros policiales, certificados de defunción e informe de los depósitos de cadáveres, incluyen información específica del acto violento o la lesión. Los datos de los departamentos de urgencias de los hospitales, por ejemplo, pueden proporcionar información sobre la naturaleza de una lesión, cómo se produjo, y cuándo y dónde ocurrió el incidente. Los datos recogidos por la policía pueden incluir información sobre la relación entre la víctima y el agresor, si hubo un arma de por medio y otras circunstancias relacionadas con el delito.¹

Las encuestas y los estudios especiales pueden facilitar información detallada acerca de la víctima o el agresor y sus antecedentes, actitudes, comportamientos y posible participación anterior en actos de violencia. Asimismo, esas fuentes pueden ayudar a descubrir la violencia que no se informa a la policía ni a otros organismos. Por ejemplo, una encuesta domiciliaria en Sudáfrica reveló que entre 50% y 80% de las víctimas de actos de violencia recibieron tratamiento médico por lesiones relacionadas con la violencia sin que se notificara el incidente a la policía. En otro estudio realizado en los Estados Unidos, 46% de las víctimas que buscaron tratamiento de urgencia no informaron a la policía.¹

Problemas de la recopilación de datos varían considerablemente la disponibilidad, calidad y utilidad de las diferentes fuentes de datos para comparar los tipos de violencia dentro de un país y entre los países. Los países de todo el mundo están en etapas muy diferentes con respecto a su capacidad de recopilación de datos.¹

Disponibilidad de los datos

Los datos de mortalidad son los que por lo general se recogen y están disponibles de manera más amplia. Muchos países llevan registros de nacimientos y muertes y proporcionan recuentos básicos de homicidios y suicidios. Sin embargo, no siempre es posible calcular las tasas basándose en esos recuentos básicos porque a menudo no hay datos de población o son poco fidedignos. Esto sucede sobre todo en los lugares donde las poblaciones son fluctuantes —por ejemplo, en zonas donde hay conflictos armados entre grupos de población o desplazamientos continuos— o donde resulta difícil censar a los habitantes, como sucede en regiones densamente pobladas o muy remotas.¹

En la mayoría de los países no se cuenta con datos sistemáticos sobre las consecuencias no mortales, aunque actualmente se están preparando sistemas para recopilar tales datos. En años recientes se han publicado varios informes que proporcionan orientación para medir diferentes tipos de violencia en una variedad de circunstancias.

La calidad de los datos

Aunque se cuente con datos, la calidad de la información puede ser inadecuada para fines de investigación y para diseñar estrategias de prevención. Dado que los organismos y las instituciones llevan registros para sus propios fines, ciñéndose a sus propias normas para tal efecto, sus datos pueden estar incompletos o carecer de la información necesaria para comprender debidamente la violencia. Los datos de los centros de asistencia sanitaria, por ejemplo, se recopilan con miras a proporcionar un tratamiento óptimo al paciente. El expediente médico puede contener información de diagnóstico acerca de la lesión y el tratamiento, pero no de las circunstancias en que esta se produjo. Además, estos datos pueden ser confidenciales y, por tanto, no pueden usarse para fines de investigación.¹

Las encuestas, por otra parte, contienen información más detallada acerca de la persona y sus antecedentes, así como de su participación en hechos de violencia. No obstante, se ven limitadas por el grado en que una persona recuerda los sucesos y admite incurrir en ciertos comportamientos, y también por la manera en que se plantean las preguntas y quién las formula, lo mismo que por el momento, el lugar y el modo en que se realiza la entrevista.¹

Otros obstáculos

La vinculación de los datos de las diversas fuentes es uno de los problemas más difíciles en las investigaciones sobre la violencia. Los datos sobre la violencia provienen en general de una variedad de organizaciones que actúan independientemente unas de otras. La información de los médicos o de los forenses participantes, por lo común no puede vincularse con los datos recopilados por la policía. Además, hay una falta general de uniformidad en la forma de recolectar estos datos, por lo cual resulta muy difícil comparar los datos de distintas comunidades y naciones. Aunque rebasan el alcance de la presente exposición, deben mencionarse algunos otros problemas de la recolección de datos relacionados con la violencia.

Ellos son:

- La dificultad de elaborar medidas que sean pertinentes y específicas para los subgrupos de población y en diferentes contextos culturales;
- La implantación de protocolos apropiados para proteger la confidencialidad de las víctimas y velar por su seguridad;
- Otras consideraciones éticas diversas relacionadas con las investigaciones sobre la violencia.¹

Panorama general de los conocimientos actuales

La prevención de la violencia, según el enfoque de salud pública, empieza con una descripción de la magnitud del problema y sus repercusiones.¹

Tipos de prevención

Las intervenciones de salud pública se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención:

- **Prevención primaria:** intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- **Prevención secundaria:** medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.
- **Prevención terciaria:** intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e intentos por reducir los traumas la discapacidad de larga duración asociada con la violencia.

Estos tres niveles de prevención se definen por sus características temporales; es decir, si tienen lugar antes de que se produzca el acto violento, inmediatamente después o a un plazo más largo. Aunque tradicionalmente se dirigen a las víctimas de la violencia y dentro de los ámbitos de asistencia sanitaria, las intervenciones de prevención secundaria y terciaria también son pertinentes para los perpetradores de actos violentos, y se aplican en ámbitos judiciales en respuesta a la violencia.¹

Los investigadores en el campo de la prevención de la violencia se inclinan cada vez más por una definición de la prevención de la violencia centrada en el grupo al que va destinada. Esta definición agrupa las intervenciones del siguiente modo:

- Intervenciones generales: están dirigidas a ciertos grupos o a la población general sin tener en cuenta el riesgo individual; por ejemplo, las enseñanzas de prevención de la violencia impartidas a todos los alumnos de una escuela o a los niños de determinada edad, y las campañas de ámbito comunitario en los medios informativos.
- Intervenciones seleccionadas: están dirigidas a las personas consideradas en mayor riesgo de padecer o cometer actos de violencia (es decir, las que presentan uno o varios factores de riesgo); por ejemplo, la capacitación en materia de crianza de los hijos ofrecida a los jefes de hogares monoparentales.
- Intervenciones indicadas: están dirigidas a las personas con antecedentes de comportamiento violento, por ejemplo, el tratamiento para los perpetradores de actos de violencia doméstica.

A la fecha, muchas tentativas tanto en países industrializados como en desarrollo se han centrado en las respuestas secundarias y terciarias a la violencia. Naturalmente, a menudo se asigna prioridad a tratar las consecuencias inmediatas de la violencia, prestando ayuda a las víctimas y castigando a los agresores. Aunque estas respuestas son importantes y es necesario fortalecerlas, es preciso invertir mucho más en la prevención primaria de la violencia. Una respuesta integral a la violencia no solo protege y ayuda a quienes la padecen, sino que también promueve la no violencia, reduce la perpetración de actos violentos y cambia las circunstancias y condiciones que dan origen a la violencia.¹

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área y población de estudio:

El Municipio de Nueva Guinea se encuentra localizado en la parte sur este de la subregión central de la RAAS, la población estimada para 2013 de 77,461 habitantes (representaron el denominador para el cálculo de tasas). Cuenta con una extensión territorial de 2,774 km², con una densidad de 28 habitantes por km² lo que nos refleja las condiciones geográficas de la zona y comunidades dispersas. Sus límites municipales son los siguientes: al norte con Muelle de los Bueyes y Rama; al sur con San Carlos, El Castillo y Bluefields; al este con El Rama y Bluefields; y al oeste con El Coral, El Almendro y San Miguelito. Se estima que un 70% de la población de Nueva Guinea es rural y solo un 30% es urbano, lo que indica las dificultades para la atención de la población en términos de Salud. El municipio está compuesto geográficamente por 5 distritos, 32 colonias, 135 comarcas y 7 rutas de acceso a las principales Colonias del Municipio.¹⁸

El municipio de Nueva Guinea cuenta con un hospital con rango de Centro de Salud con camas, y parte del SILAIS Chontales, aunque es territorio de la RAAS, en el se brinda servicios de medicina general, pediatría, medicina familiar, gineco obstetricia y cirugía general se brinda mediante brigadas quirúrgicas mensuales con personal del hospital Asunción de Juigalpa.

La población que tiene más problemas para acceder a los servicios de las unidades de salud es la del área rural inaccesible, la población accesible es la que habita en cabeceras de colonias, tiene más posibilidades de atención por estar en poblados más numerosos que cuentan con una unidad de salud o por lo menos tienen acceso a ella; la población accesible equivale a la que atiende el Hospital Primario o sede municipal, urbana y urbana marginal.¹⁸

Actualmente el Municipio cuenta con un centro de salud con camas presupuestadas, en total 28 unidades de salud, todas funcionando en las diversas colonias y área urbana, entre las cuales 12 cuentan con personal médico.

Unidades de análisis: fue el total de pacientes atendidos por lesiones relacionadas a violencia en el Hospital Primario Jacinto Hernández, municipio de Nueva Guinea, durante enero a diciembre del 2013 (representaron el numerador para el cálculo de tasas). La naturaleza y causa externa de la lesión o lesiones fueron clasificadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

Muestra: No hubo muestreo ya que se estudiaron todos los casos registrados durante el período de estudio.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes de ambos sexos y cualquier edad.
2. Pacientes atendidos de forma ambulatoria u hospitalizada durante el periodo de estudio.
3. Pacientes ingresados con diagnóstico de lesiones por violencia física y sexual.
4. Pacientes con expedientes completos.

Criterios de exclusión:

5. Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio o manejados extra hospitalariamente.
6. Pacientes ingresados con diagnóstico diferente a lesiones por violencia física y sexual.
7. Pacientes con expedientes incompletos.

Recolección de la información

Previo recolección de información se solicitó información a la dirección del hospital para tener acceso a las estadísticas hospitalaria. La fuente de la información fue primaria a través de los expedientes clínicos. Se hizo un listado de todas las unidades de análisis y luego se solicitaron los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión y posteriormente se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos (ver anexo).

Análisis

El software utilizado para introducir, procesar y analizar los datos fue SPSS versión 20.0. El análisis se basó en distribución porcentual de las categorías de las variables incluidas en el diseño. También se usaron medidas descriptivas como medidas de centro y de dispersión. Además, se calculó la estancia hospitalaria. Para medir la mortalidad se usó la tasa de letalidad (%), la tasa de incidencia y de mortalidad por 100,000 habitantes.

Aspectos éticos

Se solicitó autorización para el acceso a las estadísticas hospitalarias. En ningún momento se registró el nombre de los pacientes, sino solamente el número de los expedientes clínicos para la recolección de datos y/o corrección de errores o subregistro de datos.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALAS/VALORES
Edad:	Años cumplidos al momento de la agresión.	< 10 10-19 20-64 ≥ 65
Sexo	Característica fenotípica que diferencia al hombre de la mujer.	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar o comunidad de residencia del paciente.	Se especificará.
Escolaridad	Nivel académico adquirido por la persona lesionada.	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria
Estado Civil	Tipo de relación conyugal.	Soltera Acompañada/Casada
Ocupación	Actividad laboral ejercida por el paciente.	Se especificará
Tipo de violencia	Clasificación que divide la violencia interpersonal, según las características de las víctimas de los motivos que la provocan.	Maltrato a menores Doméstica Maltrato a mayores Violación Violencia juvenil Violencia por robo Otros
Agresor	Tipo de relación del agresor con la persona lesionada.	Cónyuge/Ex – cónyuge Padre/Hermano Extraño Otros
Agente	Medios usados por el agresor para producir la lesión física.	Puñetazos Patadas Golpes con objetos Objetos cortantes Arma de fuego Otros

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALAS
Lugar de ocurrencia	Lugar en se produjo la lesión.	Casa Calle Trabajo Escuela Otro
Tiempo de ocurrencia		Mañana Tarde Noche
Día de ocurrencia		Día de semana Fin de semana
Localización:	Lugar anatómico de la lesión.	Se especificará
Lesión:	Tipo del daño físico que sufrió la persona lesionada, de acuerdo a la CIE-10	Se especificará
Severidad:	Evaluación del grado de severidad de la lesión de acuerdo Escala Abreviada de Lesiones.	Leve Moderada Severa
Discapacidad	Cualquier limitación física permanente relacionada a la lesión.	Si No
Manejo		Ambulatorio Hospitalizado
Tratamiento recibido	Conducta o procedimientos terapéuticos realizados para curar al pacientes	Se especificará
Egreso		Alta Abandono Traslado Muerto

Resultados

Durante el período de estudio en el Hospital Primario Jacinto Hernández, fueron atendidos 126 pacientes con lesiones relacionadas a violencia. La mayoría de pacientes se caracterizaron por: ser adultos entre 20-64 años de edad (84.1%), sexo masculino (63.5%), procedencia urbana (49.2%), escolaridad primaria (47.6%), estado civil casada o acompañada (69%), ocupación agricultor y ama de casa (Tabla 1). El promedio de edad fue de 30.4 ± 13.2 años, la mediana fue de 27 años y el rango de edad fue de 6 y 83 años. La tasa de incidencia y de mortalidad relacionada a lesiones por violencia fue de 162 y de 5.2 por 100,000 habitantes, respectivamente.

Tabla 1 Características generales de pacientes lesionados por violencia atendidos en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, 2013.

Características generales	No.	%
<u>Edad:</u>		
< 10	4	3.2
10-19	12	9.5
20-64	106	84.1
≥ 65	4	3.2
<u>Sexo:</u>		
Femenino	46	36.5
Masculino	80	63.5
<u>Procedencia:</u>		
Urbano	62	49.2
Rural	58	46.0
Sin dato	6	4.8
<u>Escolaridad:</u>		
Ninguna	17	13.5
Primaria	60	47.6
Secundaria	37	29.4
Universitaria	12	9.5
<u>Estado Civil:</u>		
Acompañada/Casada	87	69.0
Soltero	39	31.0
<u>Ocupación:</u>		
Agricultor	32	25.4
Ama de casa	28	22.2
Comercio	17	13.5
Obrero	13	10.3
Estudiante	7	5.6
Profesional	7	5.6
No aplica	4	3.2
Otra	18	14.3

En la tabla 2 se clasifican los casos según las características de las víctimas, de agresor y de los agentes que las provocan. Los principales tipos de violencia se debieron por: asalto (33.3%), disputas (27.0%), y violencia doméstica (22.2%), maltrato a mayores (9.5%) y violación (5.6%). Los principales agresores fueron extraños (46%), cónyuge/ex cónyuge (18.3%), familiares (15.9%), vecinos (7.9%) y compañeros de trabajo (6.3%). Los principales agentes empleados para infligir la violencia fueron: armas cortopunzantes (45.2%), puñetazos (42%), patadas (18.3%) y armas de fuego (12.7%). El sexo femenino predominó en la violación, violencia doméstica y maltrato a mayores con 86%, 71% y 58%, respectivamente. En cambio en el maltrato a menores, disputas y asalto, predominó en los hombres con 100%, 93% y 29%, respectivamente.

Tabla 2 Características de las lesiones por violencia en pacientes atendidos en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, 2013.

Características de las lesiones	No.	%
<u>Tipo de violencia:</u>		
Maltrato a menores	3	2.4
Maltrato a mayores	12	9.5
Doméstica	28	22.2
Violación	7	5.6
Asalto	42	33.3
Disputas	34	27.0
<u>Agresor:</u>		
Cónyuge	18	14.3
Ex – cónyuge	5	4.0
Padre	2	1.6
Hermano	3	2.4
Tío (a)	8	6.3
Primo	3	2.4
Otro familiar	4	3.2
Extraño	58	46.0
Vecino (a)	10	7.9
Compañero de trabajo	8	6.3
Policía	2	1.6
Amigos	3	2.4
Desconocido	2	1.6
<u>Agente:</u>		
Puñetazos	53	42.0
Patadas	23	18.3
Golpes con objetos	19	15.1
Objetos cortantes	57	45.2
Arma de fuego	16	12.7
Mordedura	1	0.8

Los principales lugares de ocurrencia de las lesiones fueron la vía pública (38.1%), casa (30.2%) y bar (16.7%). La mayoría de los casos ocurrieron durante los fines de semana y durante la noche en un 57.9% y 64.3%, respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3 Factores relacionados con la ocurrencia de las lesiones por violencia en pacientes atendidos en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, 2013.

Factores relacionados	No.	%
<u>Lugar de ocurrencia:</u>		
Vía pública	48	38.1
Casa	38	30.2
Bar	21	16.7
Otro	5	4.0
Sin dato	14	11.1
<u>Día de ocurrencia:</u>		
Día de semana	53	42.1
Fin de semana	73	57.9
<u>Tiempo de ocurrencia:</u>		
Mañana	9	7.1
Tarde	36	28.6
Noche	81	64.3

Los principales tipos de lesiones fueron: heridas (60.3%), fracturas (23%), y traumas craneoencefálicos (11.1%). Otras lesiones menos frecuentes pero severas fueron amputación y lesiones genitales por violación. Por lo tanto, las lesiones se localizaron principalmente en extremidades superiores (26.2%), cara (20.6%), cabeza (18.3%), miembros inferiores (12.7%), tórax (11.1%), abdomen y oreja con 7.9% cada uno. El 70.4% de las lesiones fueron únicas, 16.7% dos y 11.9% tres o más lesiones (Tabla 4).

Tabla 4 Características clínicas de las lesiones por violencia en pacientes atendidos en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, 2013.

Factores relacionados	No.	%
<u>Tipo de lesión:</u>		
Contusión	8	6.3
Herida	76	60.3
Amputación	8	6.3
Luxación	2	1.6
Fractura	29	23.0
Trauma craneoencefálico	14	11.1
Lesión genital (por violación)	3	2.4
<u>Localización de las lesiones:</u>		
Cara	26	20.6
Cabeza	23	18.3
Cuello	6	4.8
Miembro superior	33	26.2
Miembro inferior	16	12.7
Tórax	14	11.1
Abdomen	10	7.9
Genitales	3	2.4
Oreja	10	7.9
Ojos	5	4.0
<u>Número de las lesiones:</u>		
1	90	71.4
2	21	16.7
≥ 3	15	11.9

Del total de casos el 86.5% fue hospitalizado y el 66% tuvo un manejo quirúrgico. Del total de pacientes tratados quirúrgicamente, las principales cirugías fueron: sutura 46.8%, laparotomía exploratoria 7.1%, toracotomía y amputación con 4.8% cada uno, tendinorrafia, colostomía y hemicolectomía con 3.6% cada uno. El promedio de estancia hospitalaria fue de 2.7 días, la mediana de 1 y el rango fue de 1 y 38 días. Sin embargo, la estancia fue mayor en violencia por asalto y doméstica, con 3.9 y 2.2 días, respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5 Manejo de las lesiones por violencia en pacientes atendidos en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, 2013.

Manejo	No.	%
<u>Manejo (n=126):</u>		
Ambulatorio	17	13.5
Hospitalizado	109	86.5
<u>Tipo de tratamiento (n=126):</u>		
Conservador	42	33.3
Quirúrgico	84	66.7
<u>Tipo de cirugía (n=84):</u>		
Sutura	59	46.8
Laparotomía exploratoria	6	7.1
Toracotomía	4	4.8
Amputación	4	4.8
Tendinorrafia	3	3.6
Colostomía	3	3.6
Hemicolectomía	3	3.6
Cesárea	2	2.4
Toracocentesis	1	1.2

El 17.5% de los pacientes presentaron algún tipo de discapacidad, predominando el estrés postraumático y limitaciones motoras. Con respecto al egreso de los pacientes el 66.7% fue dado de alta, 30.2% fue trasladado a otra unidad de salud y la letalidad fue de 3.2% (Tabla 6). Es importante mencionar que la tasa de traslado de los pacientes hospitalizados y no hospitalizados fue de 25% y 40.5%, respectivamente.

Al caracterizar las 4 muertes, una fue en un adolescente de 19 años y las otras 3 muertes en adultos entre todas se dieron en adultos entre 20-28 años. Todas las muertes fueron en el sexo masculino y durante la noche. El número de muertes fue similar según procedencia. Según el tipo de violencia una fue por violencia doméstica, dos por asalto y una por disputas. El arma usada en la disputa fue arma blanca y en las otras 3 muertes fue por arma de fuego. Los extraños fueron responsables de 3 muertes y uno por el cónyuge. Dos muertes ocurrieron en la vía pública, uno en un bar y otro en la casa. Tres muertes ocurrieron durante fines de semana y la otra muerte durante día de semana. En tres de las muertes las lesiones fueron heridas torácicas y la otra por herida abdominal.

Tabla 6 Discapacidad y egreso de pacientes lesionados por violencia en el Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, 2013.

Factores relacionados	No.	%
<u>Discapacidad:</u>		
Si	22	17.5
No	104	82.5
<u>Tipo de discapacidad:</u>		
Estrés postraumático	8	6.3
Motora	10	7.9
Pérdida de la visión	2	1.6
Estética	2	1.6
<u>Egreso:</u>		
Alta	84	66.7
Traslado	38	30.2
Muerto	4	3.2

Discusión

El comportamiento epidemiológico de los casos reportados en este estudio es similar a los reportados por la literatura internacional en donde las principales víctimas de la violencia interpersonal o comunitaria son los hombres, con bajo nivel socioeconómico y originario de las ciudades, producto del proceso de urbanización, migración interna, pobreza y delincuencia. Por otro lado, las víctimas de la violencia familiar, violación y maltrato a mayores fueron las mujeres. En cambio las víctimas de asaltos, disputas y maltrato a menores de edad fue en el sexo masculino. Esto corresponde con otros estudios en donde el sexo masculino los expone a situaciones de riesgo, como andar en las calles a horas tardes de la noche, al consumo de licor y discusiones que llevan a la violencia.

Según el Informe Regional de Desarrollo Humano (IDH) 2013-2014: “*Seguridad Ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina*”,¹⁹ señala que Nicaragua se encuentra entre los 6 países que reflejan mejores indicadores de seguridad ciudadana en América Latina. El estudio del PNUD destaca que la tasa de homicidio doloso por 100,000 habitantes en Chile es de 2; Argentina: 5.8; Uruguay: 6.1; Nicaragua: 8.7; Costa Rica: 8.8; Perú: 9. La tasa de mortalidad por violencia encontrada en este estudio fue de 5.2 por 100,000 habitantes, cifra ligeramente inferior a la tasa de homicidio reportada Nicaragua. Sin embargo, estas cifras deben ser consideradas con precaución, ya que representan indicadores subestimados. Por ejemplo, las unidades hospitalarias del país no reportan dentro de sus estadísticas aquellos casos que fallecen antes de ser ingresados. Por otro lado, según el MINSA el subregistro global de mortalidad de Nicaragua es de 50%. Esto nos lleva a suponer que así como hay subregistro en casos fatales, también los hay en casos no fatales como violencia doméstica, violación y maltrato a mayores o menores. Sin embargo, la casuística encontrada es representativa de aquellos casos que reciben atención hospitalaria en donde se observa que los principales tipos de violencia son los asaltos, las disputas y violencia domestica.

Dentro de los patrones de violencia interpersonal la violencia familiar representó el 34% de los casos y la violencia comunitaria el 66%. En la violencia doméstica el principal agresor fue el cónyuge (46%) y el ex cónyuge solamente en un 7%, el resto es por algún otro familiar, principalmente tíos. Esto significa que casi la mitad de casos de la violencia familiar o doméstica el agresor es el cónyuge. En las lesiones relacionadas a las disputas los principales agresores fueron los extraños, colegas de trabajo y vecinos con un 24%, 24% y 29%, respectivamente. Las disputas ocurrieron principalmente en la vía pública y en cantinas o bares, lo cual demuestra que el consumo de alcohol y la falta de tolerancia son determinantes importantes en el origen de las lesiones relacionadas a la violencia principalmente por puñetazos y armas cortopunzantes. Por otro lado, los asaltos fueron cometidos por extraños con armas cortopunzante y armas de fuego, principalmente en la vía pública, fines de semana y por la noche. Esta situación revela que además del consumo de licor, existe en Nueva Guinea serias limitaciones de seguridad ciudadana por la alta frecuencia de lesiones severas como heridas y fracturas. La tipología encontrada es similar a la reportada en países en desarrollo en que la principal arma para cometer asalto son los cuchillos y navajas, contrario a lo que ocurre en los países en desarrollo en donde predomina el uso de armas de fuego.

Las principales limitaciones de este estudio estuvieron relacionadas con sesgo de información al describir la naturaleza de las lesiones, ya que esto impidió clasificar las lesiones según la escala abreviada de lesiones. Sin embargo, se pudo medir la severidad de la misma a través de la pirámide de lesiones que está basada en el nivel de tratamiento (muerto:ambulatorio:hospitalizado) el cual es un aproximado que ha sido utilizado en el estudio de lesiones y refleja la severidad de las lesiones. Otra limitación es la dificultad al comparar los resultados con otros estudios debido a diferencias en las definiciones la población de estudio. Una ventaja de este estudio es la representatividad de las lesiones más severas, ya que el Hospital Primario Jacinto Hernández es la única unidad de salud con atención quirúrgica en Nueva Guinea. Además, una fortaleza de este estudio es que se pudo obtener información epidemiológica para describir el problema de la violencia en el municipio de Nueva Guinea lo cual es fundamental para poder dirigir acciones de prevención y control.

Según la pirámide de lesiones basada en el nivel de tratamiento se encontró que por cada muerto por lesiones hay 4 pacientes que son manejados ambulatoriamente y 27 que son hospitalizados. Estas cifras revelan que las lesiones relacionadas a violencia son muy severas ya que la tasa de letalidad es alta y la tasa de hospitalización también. Estas cifras son similares a lo reportado en los países en desarrollo en donde los índices de criminalidad o violencia son altos y en donde existen deficiencias en la atención de los servicios de salud.

A pesar de la severidad de las lesiones (dos tercios fueron manejados quirúrgicamente) se puede decir que el manejo de estos pacientes fue adecuado, ya que las 4 defunciones registradas fueron lesiones de tórax y abdomen producidas principalmente por armas de fuego y cuchillos. El resto de pacientes fueron manejados y dados de alta satisfactoriamente.

Un hallazgo importante y no reportado en otros estudios es que aproximadamente uno de cada 10 pacientes sufrió algún grado de discapacidad, principalmente motoras por discapacidad y estrés postraumático.

Los hallazgos de este estudio revelan que la violencia en Nueva Guinea es un problema de salud pública en términos de morbimortalidad y discapacidad, lo que está asociado a problemas de seguridad ciudadana. Por lo tanto, con la información proporcionada en este estudio las autoridades de salud del MINSA deberían de realizar esfuerzo en conjunto con otros organismos o interesados en la prevención de la violencia y en seguridad ciudadana para tratar de realizar intervenciones que reduzcan la violencia comunitaria en todas sus tipos.

Conclusiones

La mayoría de pacientes eran hombres adultos, urbanos, baja primaria, casados o acompañados, agricultores y amas de casa.

Los principales tipos de violencia fueron por asalto, disputas y violencia doméstica, respectivamente. Los principales agresores fueron extraños, familiares y cónyuge/ex cónyuge. Los principales agentes empleados fueron armas cortopunzantes y puñetazos.

Los principales lugares de ocurrencia de las lesiones fueron la vía pública, casa y bar. La mayoría de los casos ocurrieron durante los fines de semana y la noche.

Las principales lesiones fueron heridas, seguido por fracturas y traumas craneoencefálicos; y se localizaron principalmente en extremidades superiores, cara y cabeza. El 29.6% de las lesiones fueron múltiples.

El 86.5% fue hospitalizado y el 66% tuvo un manejo quirúrgico, principalmente suturas, laparotomía exploratoria, toracotomía y amputación.

La tasa de discapacidad y letalidad fue de 17.5% y 3.2%, respectivamente.

La incidencia y mortalidad fue de 162 y de 5.2 por 100,000 habitantes, respectivamente.

Recomendaciones

Diseminar los resultados de esta tesis a las autoridades de salud de Nueva Guinea.

Promover la conformación de equipos multidisciplinarios y participación activa de la sociedad para reducir la violencia, a través de la seguridad ciudadana que incluya al ministerio de salud, educación, la policía, la alcaldía y las organizaciones comunitarias del municipio de Nueva Guinea.

Mejorar la vigilancia policial en el municipio especialmente durante las horas nocturnas de los fines de semana.

Regular y reducir los disparadores del delito, como alcohol, drogas y armas, desde una perspectiva integral y de salud pública.

Dar seguimiento psicológico y apoyo a aquellos pacientes con secuelas.

Realizar estudios similares en otros municipios para describir la violencia y sus repercusiones como una etapa para implementar estrategias de intervención.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OPS. OMS 2002.
2. Christoffel T, Teret SP. Protecting the public: Legal issues in injury prevention. New York: Oxford University Press. 1993.
3. Bonnie RJ, et al. Reducing the burden of injury: advancing prevention and treatment. Washington, D.C.: National Academy Press. 1999.
4. Finkelstein EA, et al. The incidence and economic burden of injuries in the United States. New York: Oxford University Press. 2006.
5. Chalk R, King PA. Violence in families: assessing prevention and treatment programs. Washington, D.C.: National Academy Press. 1998.
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de la atención. Normativa 031. Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. Managua, Nicaragua. 2009.
7. Ministerio de Salud, MINSA. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006/07. Instituto Nacional de Información de Desarrollo, INIDE. 2007.
8. PATH. El femicidio en Nicaragua. Abordaje y propuesta de indicadores para la acción / PATH. Primera edición. Managua: InterCambios, 2010.
9. Girardi M, Cangiani ME. Redes, procesos y lenguajes emergentes: nuevas formas de violencia feticida y la voluntad de la acción colectiva en Nueva Guinea. En Caicedo A. Asociación Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA). No olvidamos ni aceptamos: Femicidio en Centroamérica 2000 –2006 / CEFEMINA. Primera edición. San José, C.R. Asociación Centro Feminista de Información y Acción, 2010.
10. Duarte Z. Violencia Intrafamiliar: Nicaragua 2006. Managua: Instituto de Medicina Legal. 2006.
11. Espitia-Hardeman V, Rocha J, Clavel-Arcas C, et al. Characteristics of non-fatal injuries in Leon, Nicaragua – 2004. International Journal of Injury Control and Safety Promotion 2007; 14 (2): 69 – 75.

12. Boyle AA, Snelling K, White L, et al. External validation of the Cardiff model of information sharing to reduce community violence: natural experiment. *Emerg Med J* 2012;59:909–10.
13. Curtis F, Jonathan S, Iain B, et al. Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ* 2011;342: d3313.
14. Quigg Z, Hughes K, Bellis MA. Data sharing for prevention: a case study in the development of a comprehensive emergency department injury surveillance system and its use in preventing violence and alcohol-related harms. *Inj Prev* 2012;18:315–20.
15. Boyle A, Kirkbride J, Jones P. Record linkage of domestic assault victims between an emergency department and the police. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:909–10.
16. Faergemann C, Lauritsen JM, Brink O, et al. The epidemiology of repeat contacts with an Emergency Department or an Institute of Forensic Medicine due to violent victimization in a Danish urban population. *J Forensic Leg Med* 2007;14:333–9.
17. Sutherland I, Sivarajasingam V, Shepherd JP. Recording of community violence by medical and police services. *Inj Prev* 2002;8:246–7.
18. Plan de emergencia sanitario local: Nueva Guinea, actualización enero 2013
19. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014. SEGURIDAD CIUDADANA CON ROSTRO HUMANO: diagnóstico y propuestas para América Latina. Nueva York: PNUD. .

Anexos

Ficha de recolección de datos

Lesiones por violencia registrada en el Hospital Primario Jacinto Hernández, municipio de Nueva Guinea, durante el 2013.

No. Ficha _____

No. Expediente clínico: _____

I. Características sociodemográficas:

1. Edad: _____

2. Sexo: a) Femenino b) Masculino

3. Estado civil: a) casado/acompañado b) Soltero

4. Escolaridad: a) Ninguna a) Primaria b) Secundaria c)

Universidad

5. Procedencia: a) Urbana b) Rural

Especificar: _____

6. Ocupación: _____

II. Datos clínicos:

7. Fecha en que ocurrió la lesión: ____/____/____

8. Fecha en buscó atención médica: ____/____/____

9. Fecha de ingreso: ____/____/____

10. Fecha de egreso: ____/____/____

11. Fecha en que se realizó la cirugía: ____/____/____

12. Diagnóstico de ingreso:

13. Tipo de violencia: a) Maltrato a menores b) Maltrato a mayores c) Doméstica

d) Violación e) Asalto f) Otra

(especifique): _____

14. Agresor: a) Cónyuge b) Ex cónyuge c) Familiar

(especifique): _____

- d) Extraño e) Otro (especifique): _____
15. Agente: a) Puñetazo b) Patadas c) Objeto contuso d) Objeto cortante
e) Arma de fuego d) Otro: _____
16. Lugar de ocurrencia de la violencia: _____
17. Horario de ocurrencia: a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno
18. Día de ocurrencia: a) Día de semana b) Fin de semana
19. Severidad de la fractura (AIS): _____
20. Tipo de tratamiento: a) Conservador b) Quirúrgico
21. Manejo: a) Ambulatorio b) Hospitalizado
22. Tipo de manejo
conservador: _____
23. Tipo de
cirugía: _____
24. Discapacidad: a) Si b) No
25. Tipo de discapacidad: _____
26. Egreso:
a) Alta
b) Abandono
c) Traslado
d) Muerto