

El maltrato infantil grave en menores de un año.

Serious child abuse in younger than a year.

Gladys Vega Herranz (1), Diana Mendoza Moreno(2), Caridad Nurquez Gomez(3), Pedro Alfonso Martínez(3), Teresa Mantilla Díaz(2).

Resumen

El maltrato infantil afecta a un inimaginable número de niños globalmente, aunque muchas veces ocurre en los espacios más íntimos de la sociedad lo cual dificulta su diagnóstico. Este fenómeno tiene numerosos conceptos e interpretaciones según las culturas y el desarrollo social. Sus consecuencias se pueden ver reflejadas en el desarrollo físico y psicosocial de los niños afectados, pues la recurrencia es lo más frecuente que ocurre y las secuelas y la muerte por esta causa no son extrañas. Hemos revisado este tema a partir de haber tenido 3 casos en UTIP de lactantes maltratados por sus padres, algunos de ellos de manera recurrente, teniendo todos como forma de expresión el maltrato físico: fractura de cráneo, hematoma subdural y estenosis traqueo-esofagica secundaria a causticos .Los factores de riesgo detectados fueron: madre adolescente y soltera con escaso apoyo socioeconómico, conflictos y violencia intrafamiliar, e inestabilidad laboral y de vivienda. El fallo en la notificación y seguimiento de 2 de nuestros casos los llevó a fallecer en posteriores sucesos similares. La prevención es sin duda la arista más importante para resolver este problema y es responsabilidad de toda la sociedad.

Palabras clave: MALTRATO INFANTIL.

- Especialista I Grado Pediatría. Profesor Instructor
- Especialista I Grado Pediatría.
- Especialista I Grado Pediatría. Profesor Asistente.

INTRODUCCION

El maltrato infantil es un viejo problema sin resolver y que cada día cobra más víctimas en los niños que son nuestra más preciada reserva natural. En las antiguas civilizaciones se efectuaba fundamentalmente por motivos religiosos llegando en muchos casos al infanticidio pero su prevalencia posterior ha fundamentado su perpetuidad en razón de motivos disciplinarios y/o educativos utilizados por los adultos en su trato con los niños.

Sobre esta entidad existen múltiples defunciones y clasificaciones, pero según la UNICEF se define como: niños y jóvenes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual y emocional, ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. Puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, pudiendo existir el abandono completo o parcial. Debe haber intencionalidad del maltratador como elemento sustantivo para calificar un hecho como maltrato.

En el grupo de consultas regionales sobre este tema que radicó en Brasil en 1992 se definieron sus diferentes formas de expresión como:

- Abuso (físico, psicológico o sexual), definiéndose como cualquier acción no accidental que le provoque al niño daño físico o mental. Se manifiesta a través de golpes, quemaduras y otros traumas, así como abuso psicológico con insultos, amenazas, exigencias y humillaciones, hasta el abuso sexual que incluye cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o de autoridad, incluyendo el incesto, la vejación sexual, la violación y el abuso sexual sin contacto físico.
- Abandono (físico o emocional): cualquier privación que sufra un niño en cuanto a su protección, alimentación, hábitos higiénicos y cuidados de su salud, así como déficit de atención a sus expresiones emocionales o de conducta.

- Negligencias: comprende las acciones de irresponsabilidad que provocan en el niño desde accidentes o ausencias a la escuela hasta el incumplimiento de derechos necesarios como asistir al médico, vacunación, incumplir tratamientos indicados, etc.
- Explotación: abarca desde la realización obligatoria y exagerada de trabajos domésticos o laborales por encima de sus capacidades físicas y mentales hasta actos tan indecorosos como la prostitución y la pornografía infantil.
- Síndrome de Munchausen: consiste en la invención por parte de los padres de enfermedades inexistentes en el niño, obligándolos a recibir consultas médicas, procedimientos diagnósticos y tratamientos innecesarios que pueden llevarlos a padecer una real enfermedad.

En la ocurrencia de maltrato infantil se han determinado factores de riesgo que se encuentran como puntos comunes en estos casos, siendo algunos de los más importantes:

- En el niño: hijos no deseados, portadores de malformación y/o prematuridad, hospitalización precoz prolongada, déficit atencional, hiperquinéticos o desobedientes, demandantes excesivos, bebés con cólicos severos o llanto prolongado, hábitos de comida y/o sueño irregulares, bajo rendimiento escolar.
- En los padres: padres con antecedentes de maltrato, abandono o institucionalizados en su infancia, conductas violentas, madre adolescente con insuficiente soporte conyugal, familiar y social; trastornos psicométricos, uso de drogas o alcoholismo, baja tolerancia al estrés y la frustración.
- Sociofamiliares: familias monoparentales, sin apoyo social, con aceptación cultural de la violencia, marginación, estado laboral inestable, discordancias entre las expectativas de la familia y las características del niño. (1, 2, 3)

Según UNICEF en América Latina y el Caribe no menos de 6 millones de niños y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por violencia intrafamiliar. En Puerto Rico según datos del Departamento de la Familia en el año 99/2000 la tasa de maltrato a menores se incrementó de 1,3 a 2,0 % -unos 2000 casos al mes por cada caso reportado se estiman 3 sin reportar. Estados Unidos, Canadá y México muestran elevadas incidencias en casos de maltrato infantil, siendo el reporte de traumas severos una de las variantes fundamentales reportadas. (4, 5, 6, 7, 8, 9)

Cuba no está exenta de la ocurrencia de maltrato infantil, se han reportado estudios en La Habana demostrando en consulta de urgencias que una parte significativa acuden por esta causa dentro de la que predomina la intoxicación exógena secundaria a negligencia y un pequeño número recibieron lesiones provocadas de manera intencional por la madre en su mayoría y detectándose alta frecuencia de trastornos emocionales en la familia y alcoholismo. Además estudiaron causas de muerte extrahospitalarias en lactantes poniéndose de manifiesto maltrato en el 40 % de los casos (47 % intencional y 52 % por negligencia). En Santiago de Cuba se demostró en niños de 8 – 10 años pertenecientes a un área de salud que el 56,3 % de ellos son víctimas de violencia intrafamiliar. (10, 11, 12, 13)

En nuestro Hospital hemos tenido en los últimos años casos aislados pero severos, que nos han incitado a la reflexión y análisis del problema. Lo más importante es sospecharlo y diagnosticarlo y después notificarlo, lo cual es necesario para lograr la intervención adecuada, además una obligación legal y profesional. Esta batalla necesita un enfoque intersectorial y es responsabilidad de todos para proteger al niño de este mal y evitar las secuelas y la mortalidad por esta causa. (4, 14)

Presentacion de casos

Caso No. 1: Lactante de 2 meses, sexo femenino, antecedentes de salud previa, ingresa en UTIP procedente de servicio de urgencias con diagnóstico de celulitis facial, según la mamá en la mañana fue vacunada con DPT y varias horas después comenzó con aumento de volumen a nivel periorbitario derecho eritematoso y doloroso. Se constata intensa palidez cutáneo mucosa que contrasta con el eritema facial descrito, taquicardia y resto del examen físico normal que incluye glasgow 15 pts. Al recibir los exámenes complementarios presenta Hb60g/l y Rx cráneo AP con fractura frontoparietal derecha de aspecto estrellado sin depresión, se traslada a Neurocirugía y evoluciona satisfactoriamente sin requerir tratamiento quirúrgico. Al interrogar a los familiares ofrecen datos controvertidos, la madre es joven de 18 años, separada del cónyuge, nivel de escolaridad 9no. grado, con escaso soporte

socioeconómico y sin trastornos psiquiátricos o uso de drogas. Se notificó a las autoridades judiciales para procesar el caso.

Caso No. 2: Lactante de 2 meses, sexo masculino, con antecedentes de salud y lactancia materna exclusiva, ingresa en UTIP procedente del servicio de urgencias a las 4:00am con signos clínicos de lactante tóxico como polipnea, taquicardia, palidez cutáneo mucosa marcada, piel moteada y con llene capilar > 3 segundos, TA 70/50, irritabilidad que alterna con somnolencia y la presencia de lesiones de color violáceo que ocupan zona central de ambos labios y la lengua. La madre y familiares niegan la administración de ninguna sustancia, insistiendo en que él solo toma leche materna. El paciente se reanima, se ventila varios días, se cubre con antibióticos y otras medidas necesarias al interpretarse como sepsis grave. Se desteta a los 7 días y posteriormente comienza a presentar crisis de atragantamiento durante la alimentación, acompañado de estridor y llanto ronco, se realiza laringoscopia directa constatándose estenosis marcada de esófago y traquea, se realiza traqueostomía y gastrostomía. Se traslada a centro de referencia nacional, donde se realiza videotraqueoscopia que define estenosis severa de posible etiología cáustica, que necesitará plastia traqueoesofágica posteriormente al año de edad. De los datos familiares se obtiene madre de 15 años, soltera, con problemas familiares porque en su casa no aceptan a su pareja (padre del niño), con 9no. grado terminado, sin trastornos psiquiátricos, ni uso de sustancias nocivas, o alcohol. Este niño tuvo una larga estadía hospitalaria de 11 meses y su madre fue entrenada para su cuidado pero diez días después del alta fallece en su hogar a consecuencia de asfixia mecánica producida por la oclusión intencional de la cánula de traqueostomía ejecutada por la madre, quien reconocería durante el proceso judicial haberle administrado sosa cáustica mezclada con leche materna a los dos meses. Este caso no se notificó inicialmente, pues aunque se sospechó el tóxico, se pensó en causa accidental más que intencional, como ha ocurrido en otros pacientes con ingestión de cáusticos en nuestra área y que la madre negaba el hecho por temor a su familia autoritaria.

Caso No. 3: Lactante de 7 meses, sexo femenino, que ingresa en UTIP procedente del servicio de urgencias con cuadro de irritabilidad e hipotonía del cuello, de 6 horas de evolución, sin fiebre, vómitos, trauma o medicación previa según los padres. Con un importante antecedente de fractura de fémur a los 3 meses de edad y al examen físico se constata irritabilidad marcada, hiperextensión del cuello, movimientos involuntarios de miembros superiores hacia atrás, Glasgow 10 pts, pupilas normales y fondo de ojo con hemorragias superficiales en llama y estabilidad cardiorrespiratoria. Los exámenes de laboratorio muestran Hb 95 g/l, leucocitosis con neutrofilia, LCR normal coagulograma normal. Evolutivamente midriasis bilateral y lesiones eritematovioláceas en ambos párpados. Se notifica a autoridades judiciales, pero se pospone el caso por ser remitido a Centro Neuroquirúrgico en otra provincia, donde recibe tratamiento médico con evolución satisfactoria en 7 días, sin poder realizarse TAC por dificultades técnicas del equipo durante su estancia hospitalaria. Los padres se van de alta sin consentimiento médico y 3 semanas después reaparecen en servicio de urgencias de otra provincia con la niña en cuadro de parada cardiorrespiratoria de la cual no se recupera y en cuyos hallazgos necrópsicos aparece hematoma subdural e hipertensión endocraneana severa. De los datos de HC pudimos recoger madre no adolescente, padre trabajador por cuenta propia, problemas de vivienda y caracterizados por migrar frecuentemente.

CONCLUSIONES

El fallo en el diagnóstico de uno de nuestros casos y en el seguimiento de otro caso los llevó a sufrir recurrencia y fallecer en ulteriores sucesos. La sospecha y notificación a las autoridades competentes es necesaria para lograr la intervención correcta y evitar la recurrencia.

ABSTRACT

Child abuse affects an unimaginable number of children globally, although many times happens in more intimate spaces of society what makes difficult its diagnosis. This phenomenon has numerous concepts and interpretations according to culture and social development. Its consequences can be seen reflected in physical and psychosocial development of affected children because recurrence is what more frequently happens and death by this case are not uncommon. We have checked this topic

starren 6 and 3 cases presented in NTIP of breast feeding child abused by their parents, some of them in a recurrent way all of them having as an expression of physical abuse: skull fracture, subdural hematoma and tracheoesophageal stenosis secondary to caustics. Risk factors were: adolescent and single mother with little socioeconomical support, conflicts and intrafamilial violence and labour and household instability. The future in notification and follow up of our two cases caused them to die in later similar facts. Prevention is, without any doubt the most important thing to solve this problem and it is the responsibility of all society.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robaina Suárez G. El maltrato infantil. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(1):74-80.
2. Lira Sibila P. Definición de maltrato infantil. (Homepage en Internet). (Citado 14 de abril 2005). Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>.
3. Yang ZN, Pan JP. Investigation and analysis of child neglect in 1163 urban children aged 3-6 years. Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2003 jul; 41(7):501-7.
4. UNICEF. Propuesta de acción. [homepage en Internet] (Citado 14 Abril 2005). Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>
5. Maltrato de menores. [homepage en Internet]. (Acceso 14 abril 2005) Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>.
6. Baeza Herrera C, García Cabello LM, Domínguez Pérez ST, Atzin Fuentes JL, Rico Mejía E, Mora Hernández F. Battered Child Syndrome. Surgical implications. Cir 2003 Nov-Dec; 71(6): 427-33.
7. Trokel M, Discala C, Terrin NC, Sege RD. Blunt abdominal injury in the young pediatric patient: Child abuse and patient outcomes. Child maltreat. 2004 Feb; 9(1): 111-7.
8. Gladsjo JA, Brending J, Sine D, Wells R, Kalemkiarian S, Oak J, Vieira AS, Friedlander SF. Termination of life support after severe child abuse: the role of a guardian ad item. Pediatrics, 2004 Feb; 113 (2); e141-5.
9. Trocme NM, Tourigny M, Mac Laurin B, Fallon B. Major finding from the canadian incidence study of reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl. 2003 Dec; 27 (2): 1427-39.
10. Crespo Barrios AI, Fernández Couse G, Perea Corral J. Niño maltratado. Rev Cubana Pediatr. 1996; 68(3):37-45.
11. García García FE, Pérez Martínez T, Perea Corral J, Núñez Wong-Shue J. Muerte extrahospitalaria en menores de 1 año. Rev Cubana Pediatr. 2001; 73 (4).
12. García García FE, Perea Corral J, Núñez Wong-Shue J, Fernández Couse G. Mortalidad extrahospitalaria en menores de un año. Rev Cubana Pediatr. 1997; 69 (1).
13. Blanco Tamayo I, Salvador Alvarez S, Cobián Mena A, Bello Sánchez A. Maltrato intrafamiliar en un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN 2000; 4(3): 30-37.
14. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato, prevención y detección del maltrato infantil. [Homepage en Internet]. (Acceso 14 abril 2005) Disponible en: <http://www.fisterra.com/guías2/maltrato2.htm>..