

Síndrome del niño maltratado **Syndrom of the mistreated boy**

Ernesto Hernández de Armas (1), Marilyn Rosell Rodríguez (2), Xiomara López de Armas (3), Damarys Herrera Santos (4), Grisel Herrera Santos (4).

Resumen

Se hace una revisión bibliográfica para ver todos los aspectos relacionados al Síndrome de Niño Maltratado, su epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas esenciales, diagnóstico, tratamiento, pronosis, secuelas y prevención.

Palabras clave: SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

1. Médico General Básico. Residente de primer año en Medicina General Integral.
2. Especialista de primer grado en Medicina Legal.
3. Licenciada en Lengua Inglesa. Traductora del Centro de Información de Ciencias Médicas.
4. Estudiante de quinto año de Medicina

INTRODUCCIÓN

En 1989 y 1990 la tasa de mortalidad fue de 11.1 y 10.7 respectivamente, y fueron los accidentes una causa importante de esta. Los accidentes se han asociado con el maltrato infantil; en 1946 Caffey los designa como negligencia de los padres y en 1962 Kempe describe el término de niño maltratado. Otros autores han definido este como presencia de daño demostrable (7).

El abuso infantil incluye cualquier tipo de maltrato y abuso a niños y adolescentes por parte de los padres, cuidadores, vecinos y otras personas. Los médicos tienen que ser capaces de reconocer a los niños maltratados y de confirmar su diagnóstico, su reconocimiento es importante entre los 6 primeros 12 meses de vida ya que un error en el diagnóstico aumenta enormemente el riesgo con desenlace fatal. Los médicos tienen tres grandes responsabilidades hacia los niños maltratados: la detección, la denuncia, y la prevención. Esto no sólo se encuentra en medio socialista (sino también en países donde los derechos humanos de los niños y las niñas no están del todo claro) la ley exige que los médicos denuncien los casos sospechosos de maltrato o negligencia al niño a un organismo local de protección infantil y exime al médico de sus responsabilidades si sus sospechas resultan infundadas(1).

OBJETIVOS

Dar a conocer todo lo relacionado con el síndrome del niño maltratado (epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas esenciales, diagnóstico, pilares del tratamiento, pronóstico, secuelas y prevención).

DESARROLLO

Con los nombres de sevicias, malos tratos a los niños, síndrome de Tardieu – Silverman, síndrome del niño agredido y The Battered Child Syndrome, se engloban toda una variada serie de violencias de las que son víctimas niños de poca edad y que suelen conducir a un estado de subdesarrollo físico y mental con gran invalidez y, a veces, aunque menos frecuentemente, a la muerte (15).

El abuso o negligencia no son más que dos conceptos que se incluyen en el término del síndrome golpeado. Este síndrome puede observarse en cualquiera de sus formas: activa o pasiva. La forma activa (actitud activa sobre el niño: daño físico directo) incluye todas las formas de maltratos físicos o los traumatismos no accidentales infringidos por cualquier persona, familiar o no a un infante (1). Esta forma es más frecuente y se caracteriza por la presencia en la víctima de lesiones traumáticas (6).

En la forma pasiva la negligencia o daño físico secundario y detrimentos psíquicos por represión directa incluye la despreocupación social, psíquica (emocional o rechazo) u alimenticia al infante, es decir, se

le priva al niño de cuidados (alimentación y abrigo en lo fundamental) lo cual puede llevarlo a varios trastornos morbosos posteriores de la personalidad (1) y (15).

El maltrato puede ser social e intrafamiliar y a su vez intencional cuando existe premeditación y pleno conocimiento por quien lo ejecuta y el no intencional cuando es debido a negligencia (7).

Se estima que en el 90% de los niños maltratados el daño físico es moderado o inexistente, mientras que su repetición en un contexto diario de hostilidad y rechazo, tiene un impacto psicosocial, que excede con mucho a la severidad del propio daño físico (7).

Para una mejor comprensión de esta temática es importante conceptualizar los siguientes términos:

Muerte violenta: es la producida por una causa externa. Aparece de forma intencional o secundaria a la negligencia (7).

Maltrato infantil: daño demostrable que aborda varias formas tanto activas (abuso) como pasivas (negligencia) (7).

Maltrato intencional: cuando existe premeditación y pleno conocimiento por parte de quien lo ejecuta (7).

Maltrato accidental: aparece cuando el daño es secundario a negligencia (7).

EPIDEMIOLOGÍA

Durante la infancia, del 1-2% de los niños son maltratados en los E.U.A; y su incidencia es aproximadamente de 700 nuevos casos por cada 11 000 000 de habitantes por año, no se incluyen en estas cifras los casos de negligencia (forma pasiva de maltrato), sino, las cifras serían verdaderamente sorprendentes. Aproximadamente el 10% de las lesiones vistas en el servicio de urgencias pediátricas en menores de 5 años son debidas a maltratos físicos (abusos), la mortalidad es del 3% ó de 2000 muertes al año, 1/3 de las víctimas de abuso son menores de 1 año, otro 1/3 se encuentra entre 1 y 6 años; y el resto son mayores de 6 años. Los prematuros tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir malos tratos(5).

ETIOLOGÍA

El agresor es un familiar en un 90% de los casos, un amigo de la madre en el 5%, una niñera sin relación familiar un 4% y un hermano un 1%. Los autores de este delito generalmente son los padrastros, madres, hermanos o encargados del cuidado del niño. Los padres que maltratan a sus hijos proceden de cualquier grupo étnico, geográfico y familiar, religioso, laboral y socioeconómico (2) y (15).

Aproximadamente el 90% de los padres que abusan de los hijos no son psicópatas, ni criminales, sino adultos solitarios, infelices, coléricos. En los antecedentes de los agresores hay frustración, infancia convulsa (con abusos), problemas del hogar o de finanzas, ausencia del padre en la familia, relaciones sexuales ilícitas, padres demasiado jóvenes, o hijos no deseados; y están sometidos constantemente a situaciones de estrés mantenido. Agreden a sus hijos enfadados, tras el mal comportamiento de los mismos y creen que necesitan severos castigos para que no subestimen o desdeñen su autoridad. Muchas veces el castigo (que no debe confundirse con el abuso) poco efectivo puede llevar al abuso (2) y (15).

Las personas que viven en la pobreza muestran mayor incidencia de maltrato infantil por la situación crítica que padecen (desempleo, hacinamiento, hambre) y por su discreta o exuberante limitación al acceso económico social. El maltrato a las esposas duplica el maltrato al infante. Las mujeres maltratan más veces a los niños que los hombres (aunque no existen diferencias cuando el hombre permanece casi todo el tiempo en la casa)(2).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS ESENCIALES

Muchos casos de abuso son sospechados, pues a menudo las lesiones son inexplicables por parte de los padres, con explicaciones poco plausibles y coordinadas, también es frecuente que tarden en acudir al médico; aproximadamente un 40% se lleva a la consulta médica a la mañana siguiente y el otro 40% lo hacen de 1-4 días más tarde (3).

El resultado físico se caracteriza por contusiones, correazos, laceraciones, heridas, marcas de bofetadas, mordeduras, alopecia, petequias, quemaduras, fracturas, entre otras (3) y (15).

Las contusiones suelen ser de diferente cronología, lo que denota agresiones diversas en el tiempo y provoca en los menores, daños a su integridad corporal y una toma progresiva de su estado general, así como trastornos en su comportamiento habitual tanto desde el punto de vista físico como psíquico (6). Los sitios más frecuentes son: cráneo y huesos salientes o prominentes, pueden apreciarse

también en las nalgas, marcas de dedos en brazos y cuello. El instrumento que golpea deja sus huellas en la piel del niño (3).

Además, pueden observarse heridas por instrumentos cortantes y punzantes(15). Las marcas de una bofetada suelen ser de 2-3 líneas paralelas, encrustamientos en colmillo, labio superior e incluso frenillo. Las mordeduras pueden estar localizadas en lengua, mandíbula y frente. La alopecia traumática es secundaria a tirones de pelo. Las Petequias en la cara son debidas a tos irritativa o llanto. Se pueden constatar lesiones agudas de la piel y tejidos blandos e incluso quemaduras por cigarro (3).

En ocasiones los maltratos físicos son tan violentos que ocasionan fracturas, tanto del cráneo como de huesos largos. Es característico el síndrome polifracturario sin accidente que lo justifique y, sobre todo, estadios evolutivos diferentes de las distintas fracturas, así como callos viciosos por mala consolidación. Otra de las características es lo continuado pero intermitente de los actos de violencia (15) y (12).

El daño físico directo puede tener una evolución aguda o crónica; en la primera, las lesiones se manifiestan de manera rápida y en dependencia del área corporal donde asienten, pueden causar serios trastornos en el menor e incluso llevarlo a la muerte. En la evolución crónica se acumulan los efectos de los distintos traumatismos y el menor va sufriendo un deterioro progresivo que de no ser descubierto a tiempo puede también dar al traste con su vida (6) y (14).

Resultan frecuentes los hallazgos intracraneales y retinales, tales como: hematoma epicraneal y subdural, edema cerebral, hemorragia subaracnoidea, intraparenquimatosa, y epidural, además, infarto vascular y contusión parequimatosa.

Las anomalías retinales son el resultado de fuerzas mecánicas de golpeo, entre ellas se encuentran:

hemorragia múltiple confluentes subretinales, intrarretinales y prerretinales, las cuales pueden ser unilaterales o bilaterales (10).

Una minoría significativa de casos tiene evidencia de desnutrición debido a abandono o lesiones anogenitales por abuso sexual reiterado con maltrato punitivo (14).

Otro aspecto a tener en cuenta es que el niño generalmente agredido posee cualidades provocativas al maltrato como negativismos mantenidos o un carácter inicial difícil, llanto constante, el orinarse, ensuciarse, escaparse y arrojar objetos(2).

La primera causa de muerte son los hematomas subdurales y la segunda las lesiones intrabdominales como rupturas viscerales (hepáticas o esplénicas)(3).

A continuación, daremos cita a un caso típico de sevicia que tuvo lugar en nuestro país, en el cual se evidencia cómo los antecedentes de los agresores determinan un comportamiento futuro de los progenitores para con sus hijos.

Se trata de un menor de 4 años de edad de la raza negroide que llega fallecido al Hospital Pediátrico de San Miguel del Padrón con antecedentes de salud, llevado por su padrastro, que refirió que el niño había estado jugando en la cuadra y al parecer se cayó de un muro de pequeña altura, al verlo muy decaído decidió llevárselo para el hospital.

En el hospital intentaron aplicar medidas de resucitación que resultaron infructuosas y por los antecedentes referidos por el padrastro, consideraron que la muerte estaba relacionada con la caída y dieron parte a la Instrucción Policial para su remisión al Instituto de Medicina Legal para que fueran precisadas las causas de la muerte y las circunstancias en que esta se produjo.

Una vez realizada la necropsia médicolegal se arribó a las siguientes conclusiones:

1. Se trataba de una muerte violenta.
2. Las causas de la muerte son:
 - a. Shock hipovolémico
 - b. Desgarros hepatoespleno- pancreáticos con hemoperitoneo de 1000cc.
 - c. Traumatismos abdominales con agente contundente.
3. La causa médicolegal es homicida.
4. Se aprecian traumatismos de diferente cronología y mecanismo de producción como quemaduras por cigarrillos y cicatrices.
5. Se observan signos de violencia de aspecto reciente en la cabeza, el tórax y el abdomen, producidos por traumatismos directos con un agente contundente sobre estas regiones, que guardan relación con la muerte.

6. Los resultados del estudio hístico realizado, coinciden con los resultados macroscópicos.
7. Estamos en presencia de un caso de sevicia o síndrome del niño maltratado.
8. La forma de maltrato al menor se clasifica dentro del tipo activo, crónico, agudizado.

Mediante el trabajo operativo y el interrogatorio a la madre del menor y al padrastro, que eran los que convivían con él, se pudo conocer que este menor fue el resultado de un embarazo no deseado, hijo de una madre que resultó víctima de maltratos mientras fue menor de edad, que creció en medio de un ambiente hostil, sin conocer a su padre, hacía apenas unos meses él vivía con su madre, de 19 años, y la pareja de esta, que era quien lo cuidaba cuando ella salía, como en esta ocasión. Que recibía con frecuencia castigos corporales cuando se "portaba mal", por parte de ambos. El día de los hechos estando solo con el padrastro, mientras jugaba en su cuadra, sintió hambre y le pidió pan a una vecina, al enterarse el padrastro, quien le había prohibido pedir, este le propició varios golpes con los puños(piñazos) y al poco rato notó que el niño estaba muy decaído, por lo que él mismo lo llevó al hospital mintiendo a los médicos de asistencia.

El padrastro fue juzgado y sancionado por el Tribunal Provincial de la Habana en la Sala delo Penal, a 30 años de privación de libertad (6).

En cuanto a la mortalidad extrahospitalaria en menores de 1 año, se realizó un estudio retrospectivo de 40 niños, fallecidos fuera de un centro hospitalario en el período de enero de 1989 a diciembre de 1990 en Ciudad de La Habana, donde la principal causa de muerte fue la natural (60%). En contraste con el maltrato que ocurrió en el 40% de los casos, y se comportó el intencional y la muerte por negligencia de igual forma con el 50% respectivamente. No se identificó la muerte súbita, aunque sí se hallaron aspectos relacionados con ella, como la edad al morir, sexo y horario de defunciones (7) y (9).

Podemos citar que una niña de 10 meses de edad fue llevada al Hospital Infantil de New York para su evaluación por sospecha de abuso infantil. La niña presentaba una infección herpética oral severa, laceraciones de la lengua y marcas múltiples de mordida. Los servicios sociales confirmaron que un padre mordió la lengua de la niña(13).

Otro caso de sevicia es el de un paciente blanco, masculino, de 5 años de edad que comenzó a ser tratado conservadoramente por dolor en la cadera derecha con: reposo, tracción e inmovilización. Al examen físico se constató: atrofia del cuádriceps derecho, palpación dolorosa a nivel del pliegue inguinal y región anterior del muslo, de ese mismo lado, además, contracción de los músculos abductores y Fabere Patrick positivo, diagnosticándosele: Hundimiento metafisiario traumático, siendo esta una entidad rara (8).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico estará dado por la pericia y astucia médica apoyada en caracteres del posible agente agresor y las manifestaciones clínicas encontradas, ya que en la mayoría de los casos el niño no desea hablar por temor.

El examen medicolegal debe tener lugar sin retraso para concretar las lesiones y debe ser repetido diez días más tarde. Sólo la evolución de las lesiones permite darse cuenta, por exámenes comparativos, de la naturaleza y de la época de su aparición (15).

Los exámenes de laboratorio como pruebas de coagulación, Rx óseo, punción lumbar y abdominal nos ayudan a confirmar o descartar el diagnóstico, además de un niño capaz de ofrecer datos a la entrevista realizada por un personal capacitado, lo cual será el sello comparativo del resultado físico(3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se hará con:

- Diátesis Hemorrágica
- Escorbuto
- Sífilis
- Osteomalacia
- Enfermedades neurodegenerativas(3).

PILARES DEL TRATAMIENTO

- Ingreso Hospitalario: Debe decirse a los padres que se hará necesario la observación de las lesiones, de no estar ellos de acuerdo puede conseguirse una orden policial o judicial.

- Tratamiento especializado por médicos legistas, cirujanos y pediatras, además de psicólogos.
- Antes de la denuncia formal por el médico se le deberá informar a los padres.
- Los padres serán entrevistados e incluso tratados con psiquiatras.
- El pediatra es el médico de más alta responsabilidad.
- Las nuevas terapias de grupo han dado resultados más efectivos a los padres de los niños maltratados.(3).

PREVENCIÓN

La atención y prevención comunitaria es el pilar ideal y le concierne al médico de la familia. Aunque en nuestro medio es infrecuente encontrar casos como este, es menester conocer que existe este síndrome para poder identificar y prevenir estos casos que de manera aislada pueden darse. Es a nivel de la atención primaria, con la ayuda del médico de la familia, que se pueden detectar mediante el trabajo en la comunidad y con el apoyo de las organizaciones de masa. En la atención secundaria también deben tenerse en cuenta las características de dicho síndrome para diagnosticar y reportarlo a su área de salud. Velar porque no existan víctimas del síndrome del niño maltratado es obligación de todos(6).

PRONÓSTICO

Con el tratamiento intensivo de la familia el 80% de los implicados en el maltrato o descuido infantil se rehabilitan.

Del 10 al 15% suele estabilizarse y necesitan seguimiento hasta que los hijos sean mayores y puedan abandonar el hogar.

Del 1 al 2% de los casos se le retira la tutela a los padres haciendo necesaria la adopción o inclusión en hogares para niños.

Si un niño maltratado regresa al hogar sin tratamiento familiar al 5% se le mataría, al 25% se lesionaría de forma importante, y de un 45 a un 60% quedarían con secuelas importantes de índole físicas y psicológicas (5).

SECUELAS FÍSICAS

- Lesiones de miembros de carácter irreversible.
- Retraso mental
- Convulsiones
- Parálisis Motora
- Hematoma subdural
- Subdesarrollo físico □ Invalidez (3) y (12).

SECUELAS PSICOLÓGICAS

Se ha detectado que el maltrato físico en edades tempranas predice problemas psicológicos y conductuales en la adolescencia más allá de los efectos de otros factores asociado con el maltrato. El maltrato físico temprano no detectado en poblaciones comunitarias representa un problema importante que merece prevención.

La magnitud de riesgo para los adolescentes que reportan ambos tipos de abuso (sexual y físico) comparados con los que no reportan ningún tipo de abuso es mucho mayor que aquella para sólo un tipo de abuso (11).

Las secuelas psicológicas pueden ir desde simples alteraciones psíquicas como: agresividad, hiperactividad, retracción, timidez y miedo. Las secuelas psicológicas son hasta cierto punto más invalidantes desde el punto de vista sociointelectual, muchas veces se recogen antecedentes de un niño agresivo con peleas físicas independientemente al sexo o un niño que se encuentra intranquilo con gran disminución de la atención y de una estabilidad emocional inestable, habilidad afectiva poco coordinada, etc (12).

El miedo se pone de manifiesto por dificultades e invalidez en la realización de juegos, participación en clases y a la hora de tomar decisiones importantes al desempeñar determinado rol. La ansiedad, tristeza y actitudes viciosas como comerse las uñas, y chuparse el dedo nos habla a favor de niños ansiosos, temerosos, maltratados, con ambiente familiar convulso, que se sienten desprotegidos.

Los trastornos de la personalidad van encaminados sobre todo hacia las actitudes agresiva-activadependiente, siendo, la primera y la última las más frecuentes. La poca comunicación e

interrelación con los demás niños es muchas veces frecuente. Ante estas reacciones se debe sospechar de un niño que sufre abuso o negligencia (3) y (4).

CONCLUSIONES

- En la sociedad existe un nivel elevado de violencia.
- El agresor es un familiar en un 90% de los casos.
- El diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante un examen físico exhaustivo.
- El tratamiento es impuesto por un equipo multidisciplinario.
- Con el tratamiento familiar intensivo el 80% de los implicados en el maltrato se rehabilitan.
- El maltrato infantil puede ocasionar secuelas tanto físicas como psicológicas.
- La prevención comunitaria llevada a cabo por el médico de la familia es el pilar ideal.

RECOMENDACIONES

Las familias deben ser detectadas y tratadas pues las que pasan por alto, crían hijos que más tarde serán delincuentes juveniles y miembros violentos de nuestra sociedad y la próxima generación de maltratadores infantiles, por eso la importancia de estas breves consideraciones.

ABSTRACT

A bibliographical review is carry out to see all the issues related to battered child syndrome, its epidemiology, etiology, essential clinical manifestations, diagnosis, treatment, prognosis, sequelae and prevention.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bittner S, Newberger EH. Pediatric understanding of child abuse and neglect. *Pediatric Rev* 1994; 2: 209.
2. Kemple EH. The Battered Child syndrome *Jama* 1982; 181:17.
3. Lenoski EF, Hunter KA. Specific patterns of inflicted burn injuries; 1987(17):842.
4. Schmitt BD, Beezley. The family and child abuse and neglect. *Pediatric ANN* 1986;5:164.
5. Berman JR. The childs and the girls in our society; 1998;12:241.
6. Gálvez Cabrera E, González Loredó MC, Sirgo Patiño I, Pérez Álvarez H, Valdés Carrera L. Síndrome del niño maltratado. Presentación de un caso *Rev Cubana Med. Gen Integr* 1997; 13(1):39-42.
7. García García F E, Perea Corral J, Núñez Wong – Shue J, Fernández Couse G. Mortalidad extrahospitalaria en menores de 1 año. *Rev Cubana Pediatr* 1997; 69 (1): 25-30.
8. Álvarez Lorenzo R, Rondón García O V, Roché Egües H E, Marrero Riverón L O, Sánchez Noda E. Hundimiento metafisiario traumático. Presentación de un caso. *Rev Cubana Ortop Traumatol* 1999; 13(1-2):112-4.
9. García García FE, Pérez Martínez T, Perea Corral J, Núñez Wong- Shue J. Muerte extrahospitalaria en menores de 1 año, 1991 –1993. *Rev Cubana Pediatr* 2001; 73(4):199-205.
10. Morad Y, Kim YM, Armstrong DC, Huyer D, Mian M, Levin AV. Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome. *Am J Ophthalmol* 2002 Sep; 134(3):354-9.
11. Lansford J E, Dodge K A, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12 – year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Aug; 156 (8):824-30 .
12. Diaz A, Simantov E, Rickert VI. Effect of abuse o health: results of a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Aug; 156 (8):811-7.
13. Lee L Y, Ilan J, Mulvey T. Human biting of children and oral manifestations of abuse: a case report and literature review. *ASDC J Dent Child* 2002 Jan – Apr; 69(1):92-5.
14. Pollanen MS, Smith CR, Chiasson DA, Cairns JT, Young J. Fatal child abuse - maltreatment syndrome. A retrospective study in Ontario, Canada, 1990-1995. *Forensic Sci Int* 2002 Apr 18; 126 (2):101-4.

15. Ponce F, Iglesias M, Lleó G, Kvitko L A, Giraldo C A, Gil J[et al]. Medicina legal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; S.A.