



TÍTULO

**NIÑO MALTRATADO
LESIONES, DIAGNÓSTICO Y ACTITUD EN URGENCIAS**

AUTORA

Lucía Álvarez Uceda

| | |
|-----------------|---|
| | Esta edición electrónica ha sido realizada en 2016 |
| Curso | <i>Curso Experto Universitario en Atención al Trauma Grave (2015)</i> |
| Director | Andrés Bufoñ García |
| Tutor | Francisco Temborry Ruiz |
| ISBN | 978-84-7993-697-6 |
| © | Lucía Álvarez Uceda |
| © | De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía |
| Fecha documento | 2015 |



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

NIÑO MALTRATADO:
LESIONES, DIAGNOSTICO
Y ACTITUD EN URGENCIAS

Lucía Álvarez Uceda

ÍNDICE:

- Introducción.
- Tipos de maltrato : violencia química, falta de cuidados, abuso sexual, maltrato emocional, violencia física.
- Diagnóstico
- Tratamiento.
- Protección
- Conclusión.

INTRODUCCIÓN:

Definición de maltrato infantil: Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad

Aunque el maltrato infantil es una realidad desde tiempos inmemoriales, es en 1959 cuando se introduce por primera vez, en la Sociedad Americana de Pediatría, el término con el que se conoce este síndrome: the battered child syndrome (síndrome del niño golpeado o apaleado). Desde entonces, el maltrato infantil ha ido adquiriendo mayor importancia entre los profesionales sanitarios, especialmente entre los pediatras, que son el colectivo más sensibilizado y con un papel fundamental en su diagnóstico, tratamiento y prevención. A pesar de ello, en nuestro medio el maltrato infantil todavía tiene una atención limitada y las manifestaciones cutáneas, que son la expresión del maltrato físico, constituyen la parte visible de este gran problema. Se estima que la probabilidad de que un niño maltratado sufra de nuevo malos tratos es del 50%, siendo la probabilidad de muerte del 10% si no se detecta inicialmente.

La prevalencia del maltrato es muy variable según las estadísticas. En todo caso, los registros de países como el Reino Unido o los Estados Unidos indican que el 1-2% de los niños son maltratados anualmente. Además, 1 de cada 1.000 niños es gravemente lesionado y 1 de cada 10.000 muere como consecuencia de ello. Los niños menores de 4 años son los que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones graves, representando el 79% de las muertes por maltrato infantil (el 44% de las muertes ocurren en lactantes). Entre 1990 y 2004 se produjo un incremento del 32,4% en los niños que fueron evaluados por sospecha de maltrato. Un informe reciente desmiente que el maltrato infantil sea exclusivo de las familias desestructuradas. Según este trabajo, el 42% de los casos ocurre en familias bien estructuradas y, además, el 80% de ellos fue causado por los propios padres.

Los objetivos de la intervención médica en los casos de maltrato infantil son: establecer el diagnóstico, o la sospecha diagnóstica de maltrato, instaurar el tratamiento necesario y asegurar la protección del pequeño para que no vuelva a ser agredido.

El diagnóstico de maltrato infantil suele tener consecuencias legales, motivo por el que, siempre que sea posible, solicitaremos del Juzgado la presencia del médico forense. Si éste está presente, será él quien se ocupará de la parte legal de la intervención (obtención de pruebas y evidencias, protección de las muestras, etc.) y nosotros de la parte asistencial.

Consideramos que son situaciones que exigen la intervención en Urgencias las siguientes:

- Agresión reciente (menos de 72 h).
- Posibilidad de pérdidas de pruebas.
- Necesidad de tratamiento médico, quirúrgico o psicológico urgente.
- Necesidad de proteger al menor.
- Presencia de signos o síntomas que hagan sospechar un maltrato.

El proceso de investigación diagnóstico de un posible maltrato puede ser generado por motivos diferentes pero en todos los casos los pasos a seguir serán los mismos que en cualquier acto médico (anamnesis, exploración física, exámenes complementarios y tratamiento). La única diferencia estriba que en este caso, si el diagnóstico es de maltrato o de sospecha de maltrato, estaremos obligados a asegurar la protección del menor y de comunicarlo a las Autoridades judiciales. Es muy posible que para hacerlo necesitemos la colaboración de otros profesionales (trabajador social, psicólogo) y otros especialistas (radiólogo, ginecólogo, forense, etc.).

Hay múltiples clasificaciones del maltrato, pero quizás la clínica es la de mayor interés desde un punto de vista práctico. Así, en orden decreciente de frecuencia, puede hablarse de cuatro tipos principales de maltrato: violencia química, falta de cuidados, abuso sexual, maltrato psíquico o emocional, y maltrato físico.

Factores etiopatogénicos :

1. De las víctimas

- Edad. La mayor incidencia está entre los 2 y los 7 años de edad y el punto más alto de castigo corporal ocurre entre los 3 y los 5 años.

- Sexo. Aunque tradicionalmente se pensaba que la incidencia era mayor en varones, lo cierto es que, si bien desde el punto de vista relativo sí hay un ligero predominio del sexo masculino, estas diferencias no son estadísticamente significativas, siendo simplemente el reflejo de una mayor vulnerabilidad de los varones, al igual que ocurre para otros procesos patológicos o traumáticos .

- Otras circunstancias. La víctima de malos tratos es con mayor frecuencia el primer hijo, bien por ser un niño no deseado, bien por venir a romper el normalmente precario equilibrio económico de la pareja. En otras ocasiones se trata de niños adoptados que "no respondieron" a las esperanzas puestas por esa pareja en la adopción. Y, por último, también son víctimas de malos tratos los "niños difíciles", niños no deseados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos, etc. El discapacitado tiene mucho riesgo para ser maltratado y por lo tanto, se debe ser extremadamente cuidadoso en buscar signos en ellos. Usualmente, estos niños son irritables o por su discapacidad, no realizan la función que el adulto espera y son causa de frustración o culpabilidad en muchos padres o cuidadores, lo que lleva a maltratarlos.

2. En los autores

- Sujeto activo. Los autores de malos tratos infantiles son, en el 80-90% de los casos, los padres de la víctima, normalmente jóvenes, juventud que determina una incompetencia para asumir y desempeñar la paternidad.

Es bastante frecuente que el hombre no sea el padre biológico del niño, sino el que cohabita con la madre y, aunque en principio es afectuoso con este, a la larga el niño se convierte en uno de los lados de un triángulo emocional, comenzando un resentimiento que suele culminar en la producción de malos tratos a ese niño convertido en su foco de hostilidad.

- Status social. Los malos tratos se dan con más frecuencia en ambientes socioeconómicos bajos, familias monoparentales, familias numerosas conviviendo en un espacio reducido, aislamiento social. El desempleo es igualmente un potente factor condicionante. Estas serían características socioculturales relacionadas, sobre todo, con los malos tratos físicos. El maltrato psíquico y emocional se presenta en todos los grupos sociales.

- Características psicológicas. Se trata de personalidades inestables, inadaptados a las responsabilidades que lleva consigo la paternidad. Con bastante frecuencia se ven afectados por problemas derivados de su situación de abuso de sustancias psicoactivas o han sido educados en ambientes de promiscuidad sexual y/o fueron víctimas de tratos similares en su niñez, por lo que han asumido la violencia como una forma de relación y de educación.

CLÍNICA:

Tipos de maltrato:

- Violencia química
- Falta de cuidados
- Abuso sexual
- Maltrato emocional
- Síndrome de Münhausen por poderes
- Violencia física

Violencia química

Aunque tradicionalmente se identificaba el síndrome del niño maltratado con la existencia de una serie de traumatismos físicos, en la actualidad se está ampliando desde el punto de vista conceptual, siendo necesario incluir las intoxicaciones intencionadas o malos tratos químicos, que son referidos cada vez con mayor frecuencia en la literatura

Los productos utilizados con mayor frecuencia en estos casos son: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, exceso de sal, exceso de agua e insulina, aunque el espectro posible es amplísimo. Con frecuencia estas intoxicaciones continúan durante la hospitalización del niño, ya que la madre no es vigilada y no se suele sospechar esta posibilidad.

Mientras que en el maltrato físico el niño es normalmente atacado durante un acceso de cólera provocado por su comportamiento, el químico supone una situación en la que los padres son incapaces de huir de sus frustraciones psíquicas o problemas maritales, sociales o económicos, siendo el niño usado como un medio de conseguir un cobijo o un consuelo entre un personal sanitario amigable en el hospital. En otras ocasiones sus fines son la explotación del menor, consiguiendo mediante su intoxicación (normalmente con hipnóticos y/o ansiolíticos) una actitud y comportamiento favorables para la práctica de la mendicidad.

Falta de cuidados

El límite entre las lesiones causadas deliberadamente y el abandono físico puede ser, en ocasiones muy difícil de determinar. El abandono, la negligencia, puede constituir una forma insidiosa de causar daños graves.

La negligencia física comprende no sólo el abandono alimenticio y la falta de cuidados higiénicos y médicos, sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos.

La negligencia referida a la nutrición puede consistir en no proporcionar al niño las calorías suficientes, por alimentación escasa, o bien someterle a una dieta extravagante. Así se da lugar a una insuficiencia en el desarrollo, a un estado potencialmente amenazador para la vida, en el que el peso, la talla y, con frecuencia, el perímetro cefálico, quedan muy por debajo de lo normal.

A la inspección llama la atención la intensa delgadez, lesiones de rascado como consecuencia de la falta de higiene, presencia de parásitos, prominencia de relieves óseos, ausencia de pániculo adiposo en nalgas y mejillas, cara de anciano con ojos hundidos, pelo deslustrado, y los lactantes suelen presentar eczemas en la zona del pañal que, en casos extremos, pueden evolucionar dando lugar a ulceraciones que afectan a nalgas, genitales y muslos.

La desatención de medidas profilácticas (calendario vacunal incompleto) y la falta de cuidados médicos, pueden dar lugar a que un niño con una enfermedad crónica tratable no sea llevado con la debida frecuencia a consulta, y sufra un drástico deterioro como consecuencia de la falta de medicación.

En muchas ocasiones es difícil distinguir si se trata de falta de cuidados voluntarios o inconscientes por condiciones familiares socioculturales precarias o por deficiencia mental de los padres.

Abuso sexual

Los signos o síntomas más frecuentes son : Dolor o molestias para andar o sentarse. disuria, Infección urinaria recidivante, prurito genital o anal, ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas, verrugas genitales / anales / orales ,vulvitis / vulvovaginitis inespecíficas, lesiones genitales o anales recientes, externas o internas en ausencia de una explicación, cultivo positivo: Trichomona vaginalis...

Maltrato emocional

El daño psíquico está siempre presente en cualquier clase de maltrato al que se somete a un niño. Sin embargo, existen una serie de conductas que no se expresan físicamente, sino a través de castigos, advertencias o reprimendas verbales constantes, que "golpean" la mente del niño. Por tanto, el maltrato emocional es aún más difícil de precisar por sus sutiles matices.

Estas desatenciones o agresiones emocionales pueden darse en el seno de la propia familia, que somete al niño a situaciones de terror, rechazo, desaprobación continua, recriminaciones, reproches y, en definitiva, a la falta del ambiente de cariño y afecto que todo niño necesita para su equilibrio moral y psicológico. También esta forma de malos tratos puede darse en colegios, instituciones e incluso a nivel del propio hospital, donde los niños viven con frecuencia

separados de sus madres y sometidos a una serie de exploraciones, intervenciones, etc. que, de no tener una clara indicación, podrían entrar dentro de los malos tratos emocionales.

En la actualidad los niños son víctimas de graves daños físicos y/o emocionales como consecuencia del terrorismo. También debemos referir las agresiones sufridas por los niños con el fin de obtener confesiones de sus padres o sobre sus padres, por motivaciones políticas en aquellos países en que los derechos humanos son sistemáticamente vulnerados.

Debemos considerar dentro del maltrato emocional el "maltrato verbal". En la sociedad actual es muy frecuente observar como los padres insultan repetidamente a los niños hasta humillarlos.

Todo esto condiciona una actitud de tristeza, apatía y de temor en los niños, los cuales evitan el contacto con sus maltratadores y tienden a reaccionar con actitudes defensivas ante la aproximación o los gestos de contacto físico hacia ellos. En bastantes ocasiones presentan un retraso evidente de las funciones psicomotoras por estimulación insuficiente.

A lo largo de la hospitalización los niños mejoran rápidamente de sus lesiones, produciéndose asimismo un cambio de su actitud de recelo e incomunicación al encontrarse en un medio en el que no existe hostilidad hacia ellos, llamando la atención el hecho de que rehúyan el contacto con sus padres y no con el personal que les atiende.

Síndrome de Münhausen por poderes

Con este nombre se designan a los enfermos que inventan historias y síntomas que suscitan exámenes complementarios, exploraciones e incluso tratamientos médicos y/o quirúrgicos innecesarios, costosos y peligrosos

Esta forma es rara en la infancia y, cuando se produce, suele ser en niños con edades superiores a siete años. El "Síndrome de Münhausen por poderes" es aquella situación en la que los padres provocan o inventan síntomas en los hijos que llevan al médico a someter a estos "enfermos" a estudios e investigaciones inútiles, con el riesgo que esto conlleva.

Este síndrome suele afectar a niños menores de seis años. Su existencia debe ser considerada cuando se den alguna de las siguientes situaciones:

- a) enfermedad persistente y recidivante inexplicable
- b) los signos clínicos y exámenes complementarios "no encajan" con el estado de salud del niño
- c) síntomas que desconciertan al pediatra más experimentado
- d) desaparición de los síntomas cuando el niño se separa de su ambiente familiar
- e) madre que rehúsa separarse del niño y que suele estar poco preocupada, a pesar de la "aparatosidad" de la sintomatología y de la falta de un diagnóstico concreto.

Los síntomas y signos físicos más frecuentemente relatados u observados son: dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, disfagia, diarrea, hematemesis, hematoquecia, rectorragia, úlceras bucales, epistaxis, ataxia, convulsiones, lipotimias, obnubilación y estupor, coma, alucinaciones, movimientos anormales, fiebre, púrpuras, exantemas infecciosos, urticaria/angioedema, lesiones

cutáneas, dermatitis vesículo-ampollosas, infecciones cutáneas, hematuria, hipertensión, disnea, crisis apnéicas, hiperventilación, sed excesiva, incongruencia del perfil bioquímico.

La presencia de cualquiera de estas situaciones es especialmente sospechosa, sobre todo si los padres tiene conocimientos sanitarios o algún familiar o conocido ha presentado una historia de enfermedad similar.

Los síntomas y/o signos clínicos aparecen solamente en presencia de la madre y no aparecen cuando está ausente. La “prueba de la separación” lo confirma.

Violencia física

Las manifestaciones clínicas por violencia física se caracterizan por su multiplicidad, por ser de diferente intensidad, de la más variada localización y por presentar un aspecto que dependerá de su momento evolutivo. Aunque el espectro de lesiones es muy amplio, ciertos hallazgos son de gran interés diagnóstico.

Lo más llamativo suelen ser las lesiones cutáneas, que aparecen en el 90% de los casos de malos tratos. La naturaleza de estas lesiones es muy variada: equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc.

Aunque una de las principales características de las agresiones es que son "no instrumentales", es decir, realizadas directamente por el adulto sin ayuda de ningún instrumento lesivo, hay numerosas excepciones, pudiendo usar a tal efecto objetos como biberones, cinturones, bastones, tenedores, látigos...

Equimosis, hematomas y excoriaciones constituyen una frecuente manifestación. Los lugares más comúnmente afectados son la cabeza, cara y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Deben ser motivo de sospecha cuando se observen en un niño pequeño que aún no camina o en un niño mayor pero localizados en diferentes partes del cuerpo y, particularmente, si presentan diferentes estadios evolutivos.

Los hematomas que se presentan en zonas poco habituales, zonas cubiertas, en gran cantidad, en diferentes estadios evolutivos y sobre todo si no se explican por el mecanismo de producción que nos relatan tienen que hacernos sospechar la existencia de malos tratos. Es muy importante describir el aspecto y color y a partir de ello, intentar establecer los días de evolución.

Tiempo transcurrido

Color

Inmediato (<1 día)
1-5 días

Negrusco, azul oscuro
Rojo, violáceo

| | |
|---------------|--------------|
| 5-7 días | Rojo púrpura |
| 7-10 días | Verdoso |
| 2 a 4 semanas | Amarillento |

Una lesión de especial significado diagnóstico es la erosión de los labios, especialmente el superior, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarro del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarro. Este hallazgo será sugestivo de abofeteamientos o pellizcamientos repetidos, al igual que las magulladuras y erosiones a nivel de mejillas y orejas.

En algunas ocasiones aparecen a nivel del cuello y tórax "lesiones figuradas" que reproducen las huellas dejadas por la mano adulta al ejercer presión sobre estas zonas. Es frecuente que el niño sea sujetado por el cuello con una mano mientras que con la otra se le golpea la cara, dando lugar a lesiones simétricas debajo del ángulo de la mandíbula por presión de los dedos. Una forma común de maltrato, sobre todo en niños pequeños, es cogerlos por el tórax apretando fuertemente mientras se les zarandea con violencia. Esta maniobra produce equimosis y/o erosiones en la piel de las axilas y tórax, a menudo asociadas a fracturas múltiples de los arcos costales posteriores por la compresión del tórax entre las opresoras manos.

Asimismo, las lesiones cutáneas abdominales también son un hallazgo frecuente en forma de contusiones o erosiones que se extienden desde el apéndice xifoides hasta el pubis. Estas lesiones cutáneas abdominales generalmente se acompañan de graves lesiones a nivel interno (normalmente roturas viscerales) que, con gran frecuencia, son las responsables de la muerte del niño.

Las extremidades son también asiento de manifestaciones a nivel cutáneo, especialmente los brazos y antebrazos.

Otro signo bien conocido son las mordeduras. Cualquier parte del cuerpo del niño puede ser asiento de las mismas, aunque es más frecuente encontrarlas en mejillas, brazos, piernas y nalgas, observándose la disposición típica de los dientes en forma ovalada y las manifestaciones hemorrágicas. Pueden ser únicas o múltiples y, en este último caso, afectar a un área en particular o estar diseminadas. El estudio de las marcas dejadas por la mordedura es de gran interés desde el punto de vista médico legal para la identificación del agresor, siendo entonces aconsejable su examen por un especialista en odontología forense.

Otras manifestaciones cutáneas son las quemaduras, que constituyen el castigo elegido en un 10% de los casos. Las más frecuentes y características son las producidas por cigarrillos, que suelen localizarse en cara, mamilas, genitales, palmas de las manos y plantas de los pies.



Más excepcionales y manifiestamente sádicas son las producidas por planchas, infernillos, etc., así como las escaldaduras por líquidos calientes, que producen cicatrices y daños funcionales y/o estéticos de intensidad variable.

Como manifestación cutánea existe también la alopecia, pues puede ser otra forma de sevicia que se presenta en forma de placa pseudopeládica o en zonas de rarefacción del cabello como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos. Es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, y también con la tricotilomanía, en la que el niño se tira del pelo y se lo come, sobre todo en la zona occipital.

Dentro de las violencias físicas merecen especial atención las lesiones esqueléticas . Ante todo caso de sospecha de malos tratos, y máxime si se ha producido la muerte del niño, debe hacerse un estudio radiológico de todo el cuerpo. Los riesgos de irradiación son mínimos frente a la ventaja que supone el poder diagnosticar el cuadro.

Los hallazgos radiológicos proporcionan dos tipos de información: primero, sobre el daño esquelético general y, especialmente, el distinto estadio evolutivo de las lesiones; y segundo, sobre las características de esas lesiones óseas.

Al igual que las lesiones cutáneas, las óseas se van a caracterizar por su multiplicidad, y por su variabilidad tanto de localización como de evolución en el tiempo.

La diferente antigüedad de las lesiones es demostrable por el estado del proceso de consolidación de las fracturas, pudiendo observarse la presencia de fracturas recientes junto a callos de fractura ya consolidados o en formación, lo que permite datar con bastante eficacia la antigüedad de esas lesiones.

Como las zonas de unión entre cartílago y hueso son una de las áreas más débiles en un organismo en crecimiento, van a ser las más vulnerables a las fuerzas de tensión y torsión que suponen las sacudidas o zarandeos al niño, y es por ellos que los desprendimientos epifisarios (especialmente alrededor de las articulaciones del codo y rodilla) y fracturas metafisarias se encuentran entre las lesiones óseas más comunes.

Las hemorragias subperiósticas, con frecuencia calcificadas, constituyen otro hallazgo radiológico típico en el síndrome del niño maltratado, produciéndose como consecuencia de que el periostio en los niños pequeños está laxamente pegado al hueso subyacente, por lo que se levanta al ser empujado por una hemorragia que posteriormente se calcifica.

Las fracturas de huesos largos están presentes en un 30% de los casos. Las fracturas espiroideas son siempre sugestivas de malos tratos (aunque no exclusivas de este cuadro), pudiendo también presentarse fracturas transversas como consecuencia de traumatismos directos (patadas, puñetazos, etc.).



Fx espiroidea de húmero.

Las fracturas del extremo distal de la clavícula también son sospechosas de malos tratos, ocurriendo lo mismo con las fracturas costales de localización posterior (próximas a la articulación costovertebral), siendo expresión de una compresión lateral de la caja torácica.

Las fracturas de columna y pelvis, aunque posibles, son muy poco frecuentes.

Por último, el estudio radiológico pone de manifiesto con frecuencia imágenes compatibles con carencias vitamínicas, que suelen asociarse a signos de raquitismo y/o escorbuto, lo cual es lógico si se tiene en cuenta que el maltrato se completa con una atención negligente en cuanto a las necesidades nutricionales, higiénicas, etc. respecta.

Mención especial merecen las lesiones craneoencefálicas por su incidencia y trascendencia, constituyendo la principal causa de muerte en el síndrome del niño maltratado (sobre todo en niños menores de 2 años). Consecuencia de este tipo de lesiones son las fracturas de bóveda y base craneal, además de las del macizo facial estimándose que el 20% de niños maltratados presentan lesiones del SNC.

Fue precisamente el hematoma subdural el origen de los primeros trabajos sobre el problema de los niños maltratados, y constituye sin duda uno de los hallazgos más característicos de este cuadro, pudiendo estar o no asociado a fracturas craneales. La fuerza mecánica capaz de producir esta lesión puede ser de dos tipos: de traslocación (debida a un impacto directo), o de rotación (por aceleración o desaceleración repentinas).

Dentro de este último supuesto se encuentra lo que algunos autores han llamado el "Síndrome del niño zarandeado". Esta forma de maltrato afecta sobre todo a los menores de 15 meses como consecuencia de la desproporción existente entre el relativamente gran tamaño de la cabeza en estas fases de la vida, y la débil musculatura del cuello, que lo convierte en especialmente vulnerable a las lesiones de latigazo que se producen a nivel del encéfalo al ser zarandeado, así como a los desgarros vasculares responsables de la producción del hematoma subdural y de hemorragias subaracnoideas.



Los síntomas clínicos son variables: irritabilidad, letargia, vómitos, trastornos respiratorios, déficits motores e incluso crisis convulsivas. El examen clínico puede mostrar una hipertensión de fontanela y alteraciones a nivel del fondo de ojo y trazado EEG.

La intensidad y localización del hematoma subdural se evidenciará mediante la realización de un TAC, que asimismo puede mostrar imágenes de edema y contusión cerebrales. Como consecuencia de esos traumatismos del polo cefálico, pueden aparecer lesiones oculares que pueden ser separadas en dos grupos:

1. Lesiones directas.- Son lesiones traumáticas que pueden aparecer en cualquier momento y, por tanto, no son específicas. Con excepción de la ceguera, el principal riesgo que entrañan es la ambliopía (sobre todo en niños menores de 5 años). Dentro de ellas podemos considerar:

- Afectación de los párpados (edema, heridas, pérdida de sustancia)
- Lesiones de la conjuntiva (hemorragias, heridas, quemosis)
- Lesiones del segmento anterior (heridas de la córnea, hipema, cataratas, iritis)
- Lesiones del segmento posterior (hemorragias del vítreo, retinianas, desgarros retinianos, desprendimientos de retina, desgarros de coroides, edema de papila, etc.)

2. Lesiones coriorretinianas. Se caracterizan por ser siempre bilaterales, no suponer una situación de urgencia, ni afectar al campo visual, pero siempre que se evidencie su existencia, habrá que pensar inmediatamente en la posibilidad de que estemos ante un caso de maltrato.

Se localizan en la región temporal superior. Son lesiones atróficas y pigmentarias de tamaño y forma variable (unas veces puntiformes y otras más amplias) que aparecen rodeadas de pigmento negro.

Y, por último, dentro de este gran apartado de violencias físicas, tenemos que comentar las lesiones viscerales, que suponen la segunda causa de muerte por malos tratos tras las lesiones de la cabeza .

Como consecuencia de golpes efectuados sobre la pared anterior del abdomen se pueden producir una amplia variedad de lesiones graves (roturas de hígado, bazo, riñón, páncreas, vejiga...) que, con cierta frecuencia, se traducen en signos mínimos o nulos a nivel externo. Es por ello que, en el caso de que el niño esté vivo, el diagnóstico de las mismas sólo podrá efectuarse por técnicas especiales (TAC).

Los órganos que con mayor frecuencia se ven afectados por los traumatismos abdominales en niños son duodeno, páncreas y yeyuno. Esta distribución de lesiones está relacionada con la anatomía característica de estas edades: unos amplios márgenes costales, una delgada musculatura abdominal y un corto diámetro corporal anteroposterior. Así la energía transmitida por un golpe sobre las paredes abdominales producirá tanto la ruptura de órganos que se ven súbitamente comprimidos dentro de su cápsula (hígado, riñón, bazo), como desgarros de órganos en su punto de fijación por fuerzas de deslizamiento y cizallamiento. Es por ello que las lesiones intestinales se presentan con mayor frecuencia en las zonas de inserción del mesenterio. Lesiones que son siempre atribuidas por los padres a "simples caídas" o "inocentes accidentes".

DIAGNÓSTICO

El gran retraso existente en cuanto a la concienciación y existencia de los malos tratos se ha debido, en gran parte, a la actitud de la profesión médica que, por un lado desconocía la responsabilidad de los padres en la producción de este cuadro y, por otro, inconscientemente rechazaba tal posibilidad.

Tan importante es no etiquetar a unos padres inocentes como "maltratadores", como el no diagnosticar los malos tratos cuando estos son una realidad. Los accidentes casuales en estas tempranas edades de la vida son frecuentes y es, por tanto, necesario hacer una cuidadosa evaluación de su etiología para no incurrir en alguna de las dos posibilidades antes mencionadas.

Desde el punto de vista del médico clínico, el síndrome del niño maltratado debe ser sospechado siempre que se encuentre un niño con edad inferior a los cinco años que presenta lesiones traumáticas de explicación no convincente o inconsistente por parte de los familiares ("se me cayó mientras le daba el biberón", "le pegó su hermano", "se golpeó con un mueble", "se cayó jugando" ...), con aspecto descuidado en su higiene y vestido, así como retraso estaturoponderal, que muestre actitudes de recelo y temor, con frecuencia un niño con retraso psicomotor hijo de padres que presenten factores de riesgo.

El diagnóstico es muchas veces difícil, ya que los padres suelen tardar en llevar al niño al médico, y es característico que las consultas se hagan sucesivamente en centros distintos para no levantar sospechas.

La presencia de estos hechos en su totalidad o parcialmente nos deben llevar a un estudio radiológico completo, exploración neurológica mediante TAC, determinaciones analíticas para descartar estados carenciales, estudio psicosocial de la familia, etc.

Siempre que sospechemos este diagnóstico en un niño menor de 2 años estamos obligados a realizar como mínimo una serie esquelética, una TAC y un fondo de ojo para intentar corroborarlo con la presencia de hallazgos demostrativos que pueden cursar con ausencia de clínica. En niños mayores, los exámenes complementarios deben ser solicitados a partir de la orientación que nos da la anamnesis y la exploración física. No debemos olvidar que, en ocasiones, es el hallazgo de una alteración en una prueba complementaria el que nos alerta de la posibilidad de encontrarnos frente a unos malos tratos.

La realización de pruebas complementarias persigue para cada una de ellas uno de estos tres objetivos: descartar patología que nos explique los hallazgos clínicos (una coagulopatía explica los hematomas), establecer una prueba diagnóstica (fracturas múltiples en diferentes estadios evolutivos) o prevenir patología posterior (serologías VHB en una niña abusada). Dividiremos los tipos de exámenes a realizar en tres grandes grupos: pruebas de laboratorio, pruebas de imagen y otras.

- Laboratorio

La realización de un hemograma y recuento leucocitario y unas pruebas de coagulación son necesarias para descartar la existencia de otras enfermedades. La elevación de la CPK y de las transaminasas puede encontrarse en niños sometidos de una forma regular a magulladuras y lesiones musculares. Los cultivos de secreciones a nivel genital, anal u oral son necesarios en todos los casos de abuso sexual para confirmarlo (si encontramos gonococo o *T. pallidum*) y para tratar cualquier infección que se haya producido. La prueba de embarazo se realizará sólo en casos indicados en los que deba descartarse esta posibilidad.

Las serologías frente a VHB y VIH, sobre todo, deben hacerse para conocer la situación en el momento del abuso y para establecer la profilaxis cuando esté indicada. Tanto los cultivos como la prueba del embarazo y las serologías deben practicarse únicamente en casos seleccionados y si están indicados.

- Pruebas de imagen

La serie esquelética es obligada cuando hay sospecha de maltrato en niños menores de 2 años. Debe comprender todo el esqueleto. Son sospechosas en este caso las fracturas de fémur, vertebrales, de cráneo si son múltiples y de costillas, y siempre que son múltiples, en estadios evolutivos diferentes o que no encajan con el mecanismo de producción aducido. La TAC para visualizar la presencia de hematoma subdural es obligado en niños de menos de 2 años. También la RNM nos puede ser útil para comprobar este dato en casos que tienen una evolución más larga. La ecografía trans-fontanelar es útil cuando es positiva, pero su negatividad no descarta la presencia de lesiones. La gammagrafía ósea permite descubrir fracturas que no se visualizan radiológicamente. Estará indicada por tanto en casos muy concreto.

Actitud a adoptar

Existen dos acciones imprescindibles una vez hemos hecho el diagnóstico de maltrato: una, tratar las lesiones y prevenir posibles consecuencias, y otra, asegurar la protección del menor.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las lesiones va a depender lógicamente de su naturaleza. Algunas pueden requerir tratamiento quirúrgico (heridas, quemaduras, etc), traumatológico (fracturas, etc.) o médico. En ningún caso debemos olvidar la posibilidad de tratamiento psicológico urgente. La prevención puede hacerse en casos de abuso sexual frente a posibles infecciones. La prevención frente al VHB se realizará de acuerdo con los resultados de la serología, aunque en Urgencias deberemos aplicar en caso de duda la gammaglobulina y la primera dosis de vacuna. Si existe la posibilidad de contagio por el VIH se puede establecer tratamiento profiláctico, aunque en este caso, puesto que el tratamiento no está exento de efectos secundarios, es preferible consultar con un especialista si está indicado o no.

Si se desea evitar la aparición de infecciones de transmisión sexual, se instaurará tratamiento con:

- Ceftriaxona: 125 mg, i.m., dosis única.
- Metronidazol: 2 g, vía oral, dosis única (en menores de 7 años 15 mg/kg, cada 8 horas, vía oral, 7 días).
- Doxiciclina: 100 mg cada 12 h, vía oral, 7 días (en menores de 7 años, azitromicina 20 mg/kg, dosis única vía oral, con un máximo de 1 gramo).

El informe debe contener el nombre del pequeño, su edad, la dirección del domicilio habitual, la dirección donde pueden haber ocurrido los hechos, quién acompaña al niño a la visita y la información de nuestra actuación. Dicha información debe ser muy objetiva, indicando sólo los datos observados por nosotros, extensa y detallada y escrita en un lenguaje inteligible por profesionales no sanitarios. Debe incluir nuestro diagnóstico y las medidas tomadas. La posibilidad de embarazo puede evitarse mediante la administración de estrógenos a altas dosis. Por ejemplo, un preparado que contenga etinilestradiol, 50 µg, y norgestrel, 0,5 mg, administrando dos comprimidos y repitiéndolo a las 12 horas

PROTECCIÓN

El segundo punto es asegurar la protección del pequeño para evitar que se sigan produciendo malos tratos. Para ello es necesario en muchos casos hacer un informe detallado de lo observado para conseguir la intervención de las Autoridades judiciales. Una buena medida de protección, sobre todo en aquellos casos en los que el diagnóstico no está del todo claro, es ingresar al pequeño en el hospital para estudiar con más calma todas las posibilidades o para acabar de establecer el diagnóstico sin riesgo para el niño.

Informe a las Autoridades

Como hemos dicho en muchos casos el informe será imprescindible para conseguir la seguridad del pequeño, pero además, cualquier profesional que realice el diagnóstico de maltrato o tenga la sospecha fundada de que existe un maltrato está obligado, por Ley, a comunicarlo a las Autoridades.

CONCLUSIÓN

Hemos de tener en cuenta que ningún problema se resuelve sin llegar previamente a conocerlo a fondo. Sólo la adecuada investigación y conocimiento de unos hechos sociales permitirá buscar y sentar las soluciones más justas y adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Maltrato infantil. Actuación en urgencias *Jordi Pou i Fernández*. Hospital San Joan de Déu. Barcelona Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP.
- Traumatismo esquelético en niños .Neil E. Green,Mar.
- “Maltrato infantil”: Detección, Notificación y Registro de Casos. Grupo de trabajo sobre Maltrato infantil. Observatorio de la Infancia. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Indirect Abuse Involving Children During the Separation Process. Hayes BE. J Interpers Violence. 2015 Jul 27. pii: 0886260515596533.
- Maltrato infantil: los golpes ocultos. 2014 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.