

Maltrato infantil

Garrote N, Indart de Arza MJ

Definición

Toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño, e interfiera en su desarrollo psicofísico emocional y social.

Etiología

La aparición de los fenómenos violentos hacia el niño en el entorno familiar es multifactorial. Están involucradas las características individuales de cada uno de los componentes de la estructura familiar y la modalidad interactiva entre estos. También se incluyen los aspectos relacionados con la esfera del trabajo y las relaciones sociales establecidas por los integrantes de la familia con su medio y los factores socioculturales que marcan las características del funcionamiento social.

Formas clínicas

- Abandono emocional.
- Maltrato emocional.
- Maltrato físico.
- Maltrato por negligencia o abandono físico.
- Abuso sexual.
- Otras formas: explotación laboral, corrupción, maltrato prenatal, síndrome de Münchaussen por poder, intoxicación, sustitución de identidad, adopción maligna y la incapacidad parental de control de la conducta de los hijos.

Las manifestaciones clínicas según el cuadro sospechado se desarrollan a continuación.

Abandono emocional

Falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

El abandono emocional comparte las características de la sintomatología vinculada al maltrato emocional y habitualmente acompaña al maltrato por negligencia o abandono físico.

Maltrato emocional

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Se manifiesta por:

- Problemas conductuales.
- Sintomatología psicósomática y emocional.
- Trastornos del desarrollo.
- Déficit del rendimiento escolar.

Será asistido ambulatoriamente en los consultorios externos del Servicio de Psicopatología.

Maltrato físico

Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo. Se manifiesta por:

- Versión contradictoria entre el relato de los padres y las lesiones que presenta el niño.
- Retraso en la búsqueda de asistencia médica.
- Lesiones en la piel en diferente estadio evolutivo.
- Hematomas y contusiones localizadas en zonas no prominentes.
- Mordeduras, alopecia traumática, lesiones en mucosa bucal (quemaduras, hematomas, pérdida o fracturas de dientes).
- Quemaduras en periné, genitales, nalgas o extremidades (simétricas o en espejo) y en cualquier ubicación cuando sean de cigarrillo.
- Lesiones óseas en diferente estadio evolutivo, fracturas diafisarias en "espiral", fracturas metafisarias en "asa de cubeta", despegamiento perióstico por hemorragia subperióstica, fractura de cráneo asociada o no a hematoma subdural; fractura múltiple de costillas, adyacentes, en general en la región posterolateral.
- Asociación de lesiones cutáneas, óseas, oculares o viscerales.
- Lesiones oculares: hemorragias retinianas unilaterales o bilaterales, desprendimiento de retina, hemorragia vítrea, cataratas traumáticas, etc.
- Lesiones intracraneales: edema cerebral, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural y epidural, dilatación del sistema ventricular, etc.
- Lesiones viscerales o torácicas: hematoma duodenal intramural, pseudoquistes pancreáticos, pancreatitis hemorrágica; ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal, o ílica; hematoma retroperitoneal, contusión y hematoma pulmonar.
- Asociación de fracturas de huesos largos con hematoma subdural.
- Recidiva de patología lesional y asistida en distintos centros asistenciales.

Extraído del Libro "Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría". Buenos Aires. Ediciones JOURNAL, 2012. Por mayor información escribir a: info@journal.com.ar

Merece una mención el síndrome del bebé sacudido (*shaking baby*) que se presenta generalmente en lactantes con edema cerebral, hemorragia retiniana y hematoma subdural.

Maltrato por negligencia o abandono físico

Aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño. Se sospecha en los siguientes casos:

- Niño mal vestido, con falta de higiene, palidez, tristeza, apatía.
- Talla y peso por debajo del tercer percentil, por déficit nutricional o caída del percentil.
- Falta de interacción madre-hijo.
- Desarrollo no acorde con la edad cronológica.
- Mejoría manifiesta y rápida durante su internación.

Maltrato por abuso sexual

Según la definición de H. Kempe, se trata de "la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares".

Situación abusiva extrafamiliar:

- Por un extraño en forma única e imprevista.
- Por un conocido de manera reiterada.

Situación abusiva intrafamiliar:

- Por alguno de los progenitores convivientes.
- Por alguno de los progenitores separados.
- Por otros familiares (abuelos, tíos, primos, hermanos).

También hay que diferenciar si el abuso sexual infantil es:

- Con contacto físico: violación, masturbación o caricias.
- Sin contacto físico: presenciar actos sexuales, exhibición de pornografía.

El abuso sexual es mayoritariamente intrafamiliar, predomina el secreto y el ocultamiento y se sospecha por diversos indicadores:

- Manifestaciones conductuales (juegos sexuales inapropiados para la edad, miedos específicos, fracaso escolar inexplicable, fugas del hogar, aislamiento social).
- Manifestaciones psicósomáticas (trastornos del sueño, dolor abdominal, cefaleas, enuresis, encopresis, masturbación compulsiva, trastornos de la alimentación).
- Infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias recidivantes.
- Lesiones anales o vulvares.
- Embarazo.

Síndrome de Münchausen por poder

Simulación por parte del padre, madre o tutor (especialmente por parte de la madre) de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de patologías difíciles de demostrar que conducen a internaciones o estudios complementarios innecesarios.

- Síntomas referidos por el progenitor que no admiten explicación (hemorragias, síntomas neurológicos, hipertermia, alteraciones en exámenes complementarios).
- Recurrencia inexplicable de enfermedades.
- Los supuestos síntomas o signos no se evidencian en ausencia de la madre o el padre.
- Las manifestaciones clínicas no se condicen con la historia del paciente.
- Madre o padre excesivamente "atento" que no admite separarse del hijo supuestamente enfermo.
- Se presentan a veces cuadros neurológicos graves de difícil explicación y de evolución no habitual.

Intoxicación o maltrato químico

Según otros autores (Molina Cabañero, 1997) puede agregarse esta forma específica de maltrato, que implica la ingestión de compuestos o sustancias químicas por acción de los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, a través de la lactancia, por descuido o negligencia e intoxicación violenta (con la finalidad de que "no moleste" a la persona a cuyo cargo está el niño).

Este tipo de abuso puede tener graves consecuencias para la salud del niño, que puede llegar a la emergencia pediátrica presentando somnolencia, depresión del sistema nervioso central o coma superficial, que requiere en casos extremos internación en unidad de cuidados intensivos.

Diagnóstico

Anamnesis

Descripción del hecho, cómo se produjeron las lesiones, dónde se produjeron, quienes estaban con el niño, día y hora del episodio traumático, día y hora en que lo trajeron al hospital, si existen acusaciones, variaciones en la narración, discrepancias entre la historia clínica y las lesiones.

Antecedentes personales:

- Consignar circunstancias de la familia y pareja en las que acaece.
- Antecedentes de abortos previos.
- Depresión por el embarazo.
- Preocupación por el sexo del bebé.
- Reacción frente al nacimiento.
- Niño prematuro.
- Niño malformado o discapacitado.
- Niño llorón, difícil o rebelde.

En los padres es importante indagar estos antecedentes hereditarios familiares:

- Golpeados o carentes de afecto en la niñez.
- Maltrato físico o sexual.
- Portador de enfermedad mental.
- Alcohólico o drogadicto.
- Antecedentes médicos de la familia.
- Aislamiento.

Antecedentes socioambientales:

- Tipo de unión de pareja parental.
- Grupo conviviente con el niño.
- Situación laboral de los adultos.
- Ingreso mensual.
- Características de la vivienda.
- Relación entre los padres (tipo de comunicación).
- Causas para la agresión.
- Quién toma el mayor número de decisiones acerca de los hijos.
- Cómo es un día de rutina en el ámbito familiar en el cual participa el niño.

Examen físico

Realizar examen completo para detectar lesiones, haciendo mención a la forma, tamaño, coloración, ubicación y demás características que contribuyan al correcto diagnóstico.

En caso de abuso sexual infantil se realizará el examen urgente de la región genital y anal en los siguientes casos:

- Agresión reciente (menos de 72 horas), donde es posible tomar muestras para analizar, evitar la pérdida de pruebas y realizar el tratamiento médico o preventivo que corresponda.
- Necesidad de tratamiento médico o quirúrgico por las lesiones halladas.

Si no es una urgencia médica el examen se implementará con la preparación adecuada y el consentimiento del niño, ya que de no ser así, el procedimiento resultaría revictimizante.

En el caso de una violación, se deberá precisar el tiempo transcurrido entre el hecho traumático y la consulta médica así como el conocimiento de las medidas de protección y profilaxis.

Exámenes complementarios

Laboratorio

- Por sospecha de maltrato físico: hemograma, eritrosedimentación, coagulograma, urea, glucemia, orina (químico y sedimento) y ante la sospecha de afectación abdominal, lipasa o amilasa (para pancreatitis), calcemia, fosfatemia, fosfatasa alcalina (si hay fracturas múltiples).
- En abuso sexual infantil, sacar sangre para realizar serologías (antes del inicio del tratamiento).
- Si la niña ha alcanzado la menarca, debe considerarse la realización de una prueba de embara-

zo. Si el resultado es negativo, se debe repetir a las tres semanas.

- Análisis de orina: se puede visualizar de manera directa en el microscopio la presencia de espermatozoides.
- Intentar siempre, si es posible, el rescate microbiológico antes de cualquier tratamiento profiláctico. Cultivo de flujo vaginal, anal o bucal (según antecedentes).
- Serología para hepatitis B, VDRL, VIH.
- Sobre la base de los primeros resultados, en los casos de infecciones se procederá de la siguiente manera según el agente causante:
 - Gonorrea: inicialmente y a las tres semanas, se tomarán muestras de endocérvix (víctimas sexualmente activas), uretra, ano y faringe en niñas vírgenes. Los exámenes se solicitarán en forma directa por coloración de Gram o por método ELISA, o prueba de anticuerpos monoclonales y policlonales por sonda de ADN.
 - Chlamydia: inicialmente y a las tres semanas, se tomarán muestras de orina, vagina y endocérvix (víctimas sexualmente activas). Se solicitará cultivo en líneas celulares de McCoy y HELA o estudio por prueba de ELISA, inmunofluorescencia directa o indirecta por sonda de ADN. En orina, se estudiará mediante ligasa.
 - Tricomonas: se solicitará mediante hisopado de uretra, vagina y ano conservado en medio de Stuart.
 - Sífilis: inicial y a las seis semanas. Estudio directo con microscopio de fondo oscuro de las muestras obtenidas. En sangre, FTA-Abs, HTP y VDRL.
 - VIH-sida: inicial, a las seis semanas y a los cuatro y seis meses (con autorización consentida). Solicitar detección de anticuerpos mediante la prueba de ELISA. Carga viral sólo se pedirá en pacientes VIH(+), al igual que el recuento de linfocitos CD4.
 - Hepatitis B, inicial y al mes. Se solicitará la búsqueda de Ag. de superficie (Ag HBs) y en niños vacunados antígeno anti-Core.
 - Hepatitis C y D (IgM e IgG).
- Búsqueda de elementos no vitales (manchas, pelos) siempre que exista intervención judicial y a solicitud de esta. Se deben guardar en tubo seco (de ser posible) e introducirlos en sobres de papel madera rotulados correctamente con los datos de la víctima.

Diagnóstico por imágenes

- Cráneo: radiografía de frente y perfil, Towne (sospecha de fractura de base de cráneo), ecografía cerebral en menores de un año, eventual TC y RM.
- Osteoarticular: radiografía comparativa de huesos largos, centellograma (de rutina en niños menores de tres años con lesiones traumatológicas

o con sospecha de lesiones costales), eventual TC o RM de cadera, rodilla, columna.

- Tórax: radiografía simple, eventual tomografía lineal, TC o RM.
- Abdomen: radiografía simple, ecografía, eventualmente TC.

Diagnóstico de certeza

Se obtiene mediante la realización de:

- Examen clínico general y según orientación diagnóstica.
- Examen ginecológico, proctológico, oftalmológico, traumatológico, neurológico.
- Bateria de laboratorio y radiodiagnóstico.
- Psicodiagnóstico.
- Diagnóstico social.

Diagnóstico diferencial

Dependerá de las lesiones encontradas:

- Enfermedades que cursan con hematomas y hemorragia: hemofilia, púrpura trombocitopénica idiopática, síndrome de Ehlers-Danlos, leucosis.
- Enfermedades óseas que cursan con fracturas múltiples u osteoporosis: osteogénesis imperfecta, raquitismo, hipofosfatasa, leucemia, neuroblastoma, osteomielitis, insensibilidad congénita al dolor.
- Enfermedades óseas con alteraciones metafisarias: enfermedad de Menkes, escorbuto, lúes congénita, traumatismo obstétrico.
- Enfermedades óseas de reacción perióstica: lúes y escorbuto, hiperostosis cortical infantil, osteoma osteoide, leucemia y neuroblastoma metastásico.
- Enfermedades con vulvovaginitis o hemorragia genital.
- Congénitas: hemangioma congénito, bandas periretrales, malformaciones de genitales, diastasis del ano, variación del músculo bulbocavernoso, carúnculas uretrales y prolapso.
- Dermatológicas: liquen escleroatrófico, irritación por jabón, otros productos o ropas.
- Infecciosas: infección estreptocócica, infección por otros agentes, vulvovaginitis hemorrágica por *Shigella*, dermatitis por *Candida albicans*.
- Otras: enfermedad de Crohn, síndrome hemorrágico, lesión baja de médula espinal, constipación crónica, hemorroides.

Criterios de internación

- Ser menor de tres años con lesiones sospechosas de maltrato.
- Ser mayor de tres años con lesiones físicas o riesgo valorado por los médicos asistentes o la Unidad de violencia familiar:
- Alto riesgo: internación obligada.
- Mediano riesgo: la internación dependerá de la seguridad que brinde el contexto.
- Bajo riesgo: atención ambulatoria.

Internación consumada

Solicitud inmediata de interconsulta a la Unidad de Violencia Familiar. El pediatra de la Unidad realizará el examen físico completo, incluido el ginecológico (si fuera necesario).

Procedimientos en la unidad de violencia familiar

- Registro de admisión:
 - Datos del niño (nombre, DNI, sexo, edad).
 - Identidad de los padres.
 - Domicilio, lugar de trabajo, obra social.
- Evaluación del grado de riesgo al ingreso: se establecerá luego de las entrevistas de admisión y el examen clínico.
- Denuncia:
 - Policial o penal en forma inmediata, en traumas o intoxicaciones, que pongan en peligro la vida o puedan provocar secuelas invalidantes.
 - Guardia permanente de derechos de niños y adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires u organismos similares en otras ciudades, provincias o países.
 - Al cabo de la finalización de la batería diagnóstica y a los fines de transmitir el diagnóstico situacional: a la Defensoría de derechos de niños y adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o a los organismos zonales y locales de protección de derechos, para el seguimiento del caso.

Secuencia de entrevistas:

- En maltrato físico o negligencia:
 - Individuales a cada padre.
 - Entrevista de la pareja parental.
 - Entrevista familiar.
 - Entrevistas al niño (vincular con madre, hora de juego, entrevista individual).
 - Entrevistas sociales.
- En abuso sexual infantil:
 - Individual a la madre.
 - Entrevista al niño.
 - Entrevista familiar.
 - Entrevistas sociales.
 - En última instancia, al padre si estuviese sospechado o al supuesto abusador.

Se debe elaborar el diagnóstico situacional con la participación de cada uno de los profesionales intervinientes (pediatra, psiquiatra, psicólogo, asistente social, abogado y jefe de la Unidad).

Reunión del equipo para delimitar objetivos y elaborar estrategia terapéutica. El informe se realizará en forma clara, transmitirá la impresión diagnóstica del equipo interdisciplinario y sugerirá las medidas terapéuticas que permitan una asistencia integral al niño y su familia.

Tratamiento

Desde el punto de vista clínico el tratamiento seguirá la norma establecida según las lesiones o el compromiso de órganos, aparatos o sistemas involucrados. Merece una especial atención la prevención de infección por VIH en caso de ataque sexual o situación de abuso con exposición producida dentro de las 48 a 72 horas del suceso.

Es necesario evaluar la magnitud del riesgo de transmisión y si ha tenido agravantes (coito anal receptivo, sangrado, cantidad de violadores, etc.). El tiempo transcurrido desde que sufrió la agresión y la posibilidad que se pueda iniciar la profilaxis posexposición. Es importante saber que el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición y que disminuye la eficacia a medida que pasa el tiempo.

Tratamiento antirretroviral

- Tratamiento básico con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (riesgo menor, sexo oral): zidovudina (AZT) + lamuvidina (3TC):
 - AZT: comprimidos de 100, 200 y 300 mg. Dosis: 2 comprimidos de 100 mg cada 8 horas o tres comprimidos cada 12 horas.
 - 3TC: comprimidos de 150 mg. Dosis: 1 comprimido de 150 mg cada 12 horas.
- Tratamiento ampliado (riesgo mayor, sexo vaginal o anal) con AZT + 3TC + inhibidores de la proteasa (indinavir [IDV] + neffinavir [NFV]):
 - IDV: cápsulas de 200 y 400 mg. Dosis de 400 a 800 mg cada 8 horas.
 - NFV: comprimidos de 250 mg. Dosis de 750 mg cada 8 horas.

Anticoncepción de emergencia

En pacientes pospuberales y antes de las 72 horas: 1,5 mg de levonorgestrel, dosis única (dos comprimidos juntos) o 0,75 mg cada 12 horas (total: dos comprimidos).

Antihepatitis B

Solo en caso de no haber recibido el esquema completo de vacunación con anterioridad se deberá administrar 0,06 mL/kg de gammaglobulina hiperinmune (frasco ampolla de 3 y 5 mL) + vacuna antihepatitis B en tres dosis (0, 1 y 6 meses).

Aplicar vacuna antitetánica solamente si no hubiera recibido vacunación en los últimos 10 años.

Antibioticoterapia preventiva para ETS

- Sífilis: 2 400 000 U o 50 000 U/kg de penicilina benzatínica en dosis única o 250 mg de ceftriaxone.
 - Gonococo/clamidia:
 - Azitromicina: 1 g (comprimidos de 500 mg) o 20 mg/kg en dosis única.
 - Ciprofloxacina: 500 mg.

- Cefixima: 400 mg ó 8 mg/kg + 100 mg de doxicilina ó 2 mg/kg, cada 12 horas por 7 días.
- Tricomonas: 2 g de metronidazol (comprimidos de 500 mg) ó 30 mg/kg, en dosis única.

Transmitir a la víctima y su familia la significación de los hallazgos y su implicancia futura.

En el caso de tener que comunicar al órgano administrativo de derechos de los niños o a la Justicia, elaborar el informe firmado por el profesional actuante y por el responsable del área. Se debe enviar con la hoja de salida correspondiente y a través del despacho del hospital (no entregar en mano al paciente ni al familiar).

Condiciones de alta

Se decidirá el alta cuando desde el punto de vista clínico haya superado la necesidad del cuidado y tratamiento intrainstitucional y además existan las condiciones aceptables de seguridad para el niño, tales como para que se eviten las recidivas. Por lo tanto, esta medida debe surgir del común acuerdo del jefe de la Unidad de violencia familiar, del jefe de la Unidad de internación y de la Guardia permanente de derechos, si estuviera interviniendo.

Pronóstico

Dependerá de la evaluación diagnóstica y de la capacidad de reconocimiento de los hechos:

- Favorable: reconocimiento y capacidad de cambio.
- Desfavorable: falta de reconocimiento de los hechos y rigidez o persistencia de las conductas violentas.

Factores de mal pronóstico: negación de hechos, aislamiento social persistente, patología psiquiátrica grave y marginalidad.

En el tratamiento posterior al alta, de acuerdo con cada caso particular, se puede indicar uno o varios recursos psicoterapéuticos:

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Psicoterapia de pareja.
- Grupo de crianza.
- Grupo para padres de niños maltratados.
- Grupos de niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual.
- Grupo de madres de niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual.
- Controles pediátricos periódicos.
- Asesoramiento legal.
- Controles psicofarmacológicos.

Seguimiento

La periodicidad de los tratamientos psicoterapéuticos y los controles pediátricos dependerá de la estrategia terapéutica.

Bibliografía

Garrote N, Indart de Arza M. Maltrato en niños y adolescentes. En: Iñon (ed). Trauma en Pediatría prevención, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva integral. 2ª ed. Buenos Aires: Akadia, 2009.

Garrote N, Indart de Arza J, Severino S, Basilio F. Abuso sexual infantil. Buenos Aires: Panamericana, 2006. Protocolo de Abuso Sexual Infanto-Juvenil, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Resolución 904/2008, Anexo.

ALGORITMO 12.1

Niño con sospecha de lesiones físicas por malos tratos.



