



Recibido: 23/10/2015

Aceptado: 17/01/2016

Enfermedad quirúrgica por maltrato infantil

Manuel Gil-Vargas,^{1,*} Angélica Ramírez-Servín,² Mariana Miguel-Sardaneta,³
Ana Karen Sol-Meléndez²

¹ Cirujano pediatra. Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital General de Puebla Zona Sur "Dr. Eduardo Vázquez Navarro". Puebla, Puebla, México; ² Médico pasante en servicio social. Universidad Popular Autónoma de Estado de Puebla. Puebla, Puebla, México; ³ Médico pediatra. Departamento de Pediatría. Servicios de Salud del Estado de Puebla. Puebla, Puebla, México.

RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil es un problema de salud pública. El objetivo de este trabajo es exponer la experiencia adquirida tras el análisis de ocho casos de maltrato físico que tuvieron como consecuencia intervenciones quirúrgicas y, en dos de ellos, la muerte del paciente. Se intenta crear conciencia en la comunidad médica a fin de que las víctimas puedan ser diagnosticadas de manera oportuna. **Material y métodos:** Se estudiaron ocho casos clínicos diagnosticados como maltrato infantil del Área de Cirugía Pediátrica en tres centros hospitalarios del estado de Puebla y Tlaxcala. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. **Resultados:** De los ocho pacientes analizados los resultados que se obtuvieron fueron: 62%, correspondiente a mujeres y 38% a varones que sufren de maltrato infantil tipo físico. El tipo de lesiones que se hallaron en estos pacientes corresponden a fracturas, traumatismo intraabdominal y quemaduras secundarias a cigarrillo. Dos de estos pacientes fallecieron. **Conclusiones:** El maltrato infantil es un problema que debe diagnosticarse de manera oportuna y ser tratado con un equipo multidisciplinario para disminuir la morbilidad y mortalidad de sus víctimas.

Palabras clave: Maltrato infantil, enfermedad quirúrgica por maltrato infantil.

ABSTRACT

Introduction: Child maltreatment is an important entity of public health. The objective is to report the experience of eight surgical cases of child maltreatment. We try to create awareness in medical community in order to make an appropriate diagnosis. **Material and methods:** We studied eight surgical cases in three different medical centers, from Puebla and Tlaxcala states. It was an observational, descriptive and retrospective study. **Results:** From the eight patients with child maltreatment, 62% were female and 38% male. We find different kind of injuries: fractures, intraabdominal trauma and cigarette burns. Two of eight patients died. **Conclusions:** Child maltreatment is an issue that must be diagnosed in a timely manner and needs a multidisciplinary treatment in order to decrease morbidity and mortality.

Key words: Child maltreatment, surgical disease due to child maltreatment.

* Correspondencia: MGV, gilvm@yahoo.com

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Gil-Vargas M, Ramírez-Servín A, Miguel-Sardaneta M, Sol-Meléndez AK. Enfermedad quirúrgica por maltrato infantil. Rev Mex Pediatr 2016; 82(2):44-48.

[Surgical disease due to child maltreatment]

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el maltrato infantil es toda forma de daño, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, abuso sexual al niño (a) por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier

otra persona que lo tenga a su cargo.¹ El Desarrollo Integral de la Familia (DIF) lo define como aquellas agresiones que los adultos infligen sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, educación y su adecuada integración a la sociedad.²

La existencia del maltrato infantil es tan antigua como la presencia del hombre. Su distribución es universal, sin distingo de raza, cultura, religión, clase social o ideas políticas.³ Comienza a reconocerse como tal en 1946 con las descripciones hechas por John Caffey.⁴ Sin embargo, la primera definición formal y reconocida sobre este síndrome fue elaborada en 1962 por Kempe, en el artículo *The Battered child syndrome*.⁵ En México en 1965 en el antiguo Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, Riojas y Manzano se describe la primera serie de casos de maltrato infantil, en la que se insiste en la gravedad de este problema de salud pública y la necesidad del diagnóstico oportuno.⁶

El objetivo de nuestro trabajo es exponer la experiencia adquirida tras el análisis de ocho casos de maltrato físico en tres centros hospitalarios que tuvieron

como consecuencia intervenciones quirúrgicas y, en dos de ellos, la muerte. Se intenta crear conciencia en la comunidad médica para que las víctimas puedan ser diagnosticadas de manera oportuna, tratadas por un equipo multidisciplinario y con ello disminuir la morbilidad y mortalidad de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo, realizado en tres centros hospitalarios de los estados de Puebla y Tlaxcala durante el periodo comprendido del 01 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2014, en el cual se incluyó un total de ocho pacientes diagnosticados con síndrome de maltrato infantil. En el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central. Se incluyó a estos ocho pacientes con evidencia física de maltrato, dándose aviso al ministerio público por ser casos de índole médico-legal.

En el *cuadro 1* se hace una descripción de los ocho casos clínicos.

Cuadro 1. Resumen clínico de los ocho casos analizados en tres centros hospitalarios con diagnóstico de síndrome de maltrato infantil.

Caso	Edad	Género	Lesiones	Condición al egreso	Tipo de familia
1	3 meses	F*	Fractura de fémur Hemoperitoneo secundario a trauma esplénico	Muerto	Reconstruida
2	8 años	M [§]	Abdomen agudo secundario a perforación intestinal a 30 cm del ángulo de Treitz Choque mixto	Muerto	Reconstruida
3	2 años	F	Trauma renal izquierdo	Vivo	Reconstruida
4	14 años	F	Quemadura de cigarro en extremidades inferiores y senos	Vivo	Nuclear (numerosa)
5	11 años	M	Abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal Obligado a ingerir sus propias heces fecales	Vivo	Monoparental extensa
6	1 año 8 meses	F	Contusiones en cara Quemaduras de cigarro en extremidad superior derecha Trauma renal derecho	Vivo	Reconstruida
7	2 meses	M	Traumatismo craneoencefálico Fractura parietal izquierda	Vivo	Reconstruida
8**	7 años	F	Trauma hepático grado III	Vivo	Nuclear (numerosa)

* Femenino, [§] Masculino, ** Niño con síndrome de Down.



Figura 1.

- A) Imagen tomográfica de avulsión renal derecha.
B) Extirpación de riñón derecho secundario a traumatismo renal.



Figura 2. Paciente de ocho años de edad con perforación intestinal.

RESULTADOS

De los pacientes atendidos en tres centros hospitalarios de los estados de Puebla y Tlaxcala hubo un total de ocho pacientes con maltrato infantil de tipo físico en un rango de edad entre dos meses y 14 años. De éstos 62% corresponden a pacientes del sexo femenino y 38% del masculino.

El tipo de lesiones que se hallaron en estos pacientes corresponden a fracturas, traumatismo intraabdominal y quemaduras secundarias de cigarrillo. En dos pacientes, uno de tres meses y otro de un año ocho meses, ambas mujeres, se asociaron dos de estas lesiones. En el primer caso el lactante presentó fractura de fémur y hemoperitoneo secundario a trauma esplénico. En la otra paciente se presentó quemadura de miembro torácico derecho provocada por cigarrillo y trauma renal derecho (Figura 1). En un varón de dos meses de edad, secundario a traumatismo craneoencefálico severo se



Figura 3. Radiografía de abdomen de paciente masculino de 11 años de edad con oclusión intestinal secundario a coprofagia.

provocó fractura de parietal izquierdo. El traumatismo intraabdominal es el daño más prevalente. En dos pacientes existió daño intestinal. En el primer caso hubo perforación intestinal, a 30 centímetros del ángulo de Treitz ocasionando choque mixto en un varón de ocho años (Figura 2); mientras que el segundo paciente tuvo la presencia de obstrucción intestinal secundario a coprofagia obligada por parte de la madre y la abuela en un varón de 11 años (Figura 3). Asimismo en una

paciente escolar de siete años existió trauma hepático grado III.

Es importante mencionar el tipo de familia de estos pacientes. De los ocho pacientes, 62% corresponde a una familia de tipo reconstruida, 25% nuclear con numerosos miembros y 13% a monoparental.

Por último, de los ocho pacientes estudiados, dos resultaron muertos. El primero, una lactante de tres meses de edad que en el Servicio de Urgencias de Pediatría falleció a las pocas horas del ingreso, se realizó estudio *post mortem* y como se muestra en el *cuadro 1* el fallecimiento fue ocasionado por ruptura esplénica. El segundo, correspondió al escolar de ocho años, que secundario al trauma abdominal y perforación intestinal tuvo como resultado choque mixto (hipovolémico y séptico).

DISCUSIÓN

La intervención quirúrgica por maltrato infantil es un complejo síntoma que aparece después de que las agresiones son de tal naturaleza que ocasionan la pérdida de la continuidad y función de cualquier órgano o sistema del cuerpo humano y cuyo tratamiento exige la realización de cirugía.⁷ Las manifestaciones clínicas son tan variadas que no existe alguna estructura o sistema del organismo que no se vea afectado.

Son escasos los reportes a nivel mundial que describan alguna intervención quirúrgica por maltrato infantil a pesar de que ya es una entidad plenamente conocida. En México el grupo del Dr. Baeza es quien lleva la batuta en esta entidad. Menciona que uno de 170 niños con maltrato infantil requiere tratamiento quirúrgico.⁷ La morbilidad en estos pacientes se incrementa porque el diagnóstico o referencia a centros hospitalarios se hace de forma tardía. Diversos motivos son los que se encuentran detrás de una historia de maltrato infantil, predominan historias falsas, médicos poco aptos para identificar este tipo de delitos. Estos pacientes habitualmente llegan a los hospitales por falta de mejoría, por temor a que el menor fallezca en casa.⁶

Alrededor de la mitad de las muertes por maltrato infantil se atribuyen al zarandeo de los niños, teniendo en cuenta ciertas consideraciones anatómicas en comparación a los adultos, entre las cuales destacan: tamaño mayor de la cabeza en relación con el cuerpo, debilidad de la musculatura del cuello, escaso control de la cabeza y cuello, anatomía de la columna cervical superior y del foramen magno, mayor contenido de agua en la cabeza, menor cantidad de mielina y espacio subaracnoidal proporcionalmente mayor.⁸

El núcleo familiar desempeña un papel muy importante en los niños sometidos a maltrato. Generalmente la familia es disfuncional, existiendo como factores de riesgo el alcoholismo y drogadicción,⁹ además del antecedente de que los padres fueron también maltratados.¹⁰ Desde el punto de vista económico, son familias marcadas por la pobreza y la marginación donde predomina el abandono y el rechazo.¹¹

Es poco factible que el maltrato infantil llegue a erradicarse si no hay cambios en la actitud y prioridades en la sociedad. Como en otras disciplinas, los esfuerzos en el campo del maltrato y abandono infantil ha llevado al médico básicamente a identificar a las familias en las que se originan y en algunos casos, a denunciar a las autoridades competentes. El espectro del maltrato infantil es tan amplio que sólo las autoridades competentes toman cartas en el asunto siempre y cuando exista agresión física al menor.

El ejercicio profesional con niños obliga a incluir el análisis del estado de salud de manera integral, donde se incluya el entorno familiar y social. Los problemas psicosociales como el abuso de drogas, divorcio, embarazo de adolescentes y maltrato infantil las deben reconocer como situaciones que afrontan muchas familias y es primordial que los médicos asuman la responsabilidad para saber reconocerlos y ofrecer soluciones apropiadas.

CONCLUSIONES

Hay mucho que trabajar en el manejo integral del niño con maltrato, puesto que el objetivo es evitar la recurrencia del trastorno o posibles secuelas negativas. El manejo multidisciplinario en este tipo de pacientes debe incluir:

- Hacer la denuncia a la autoridad competente, explicando a la familia la importancia que tiene la protección del menor y el desarrollo del plan terapéutico.
- Programar en los hospitales un plan de rehabilitación física según las lesiones presentadas, en conjunto con un apoyo psicológico.
- Al egreso del paciente del hospital el médico, en coordinación con trabajo social, debe dar seguimiento y practicar controles periódicos. Las visitas domiciliarias son primordiales con el fin de intervenir las veces necesarias para evitar la reincidencia.
- Modificar, hasta donde sea posible, el medio socio-familiar hostil según las circunstancias.
- Fomentar la creación de centros de apoyo para las familias vulnerables como las asociaciones de padres maltratantes.³

REFERENCIAS

1. World Health Organization. *WHO fact sheet on child maltreatment providing key facts and information on the scope of the problem, consequences, prevention and WHO response.* [about 3 screens]. [Internet]. WHO: Mediacentre, Child maltreatment [update 2014 December; cited 2015 September 07] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>
2. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. *Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud.* México, D.F.: Secretaría de Salud; 2006.
3. Lago BG, Guerrero RG, Viales PA, Neira MM. Síndrome de maltrato infantil. *Sociedad Colombiana de Pediatría.* 2013; 5(2): 32-52.
4. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther.* 1946; 56(2): 163-173.
5. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF. The battered child syndrome. *JAMA.* 1962; 181: 17-24.
6. Baeza HC, Domínguez PST, Martínez RML y cols. Peritonitis generalizada por maltrato infantil. *Acta Pediatr Mex.* 2008; 29(5): 262-266.
7. Baeza HC, García CLM, Domínguez PST, Atzín FJL, Rico ME, Mora HF. Síndrome del niño maltratado. Implicaciones quirúrgicas. *Cir Ciruj.* 2003; 71(6): 427-433.
8. Paiva WS, Soares MS, Amorim RL, de Andrade AF, Matushita H, Teixeira MJ. Traumatic brain injury and shaken baby syndrome. *Acta Med Port.* 2011; 24(5): 805-808.
9. Cooper SW. The medical analysis of child sexual abuse images. *J Child Sex Abuse.* 2011; 20(6): 631-642.
10. Marchand J, Deneyer M, Vandenplas Y. Educational paper: detection, diagnosis and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *Eur J Pediatric.* 2012; 171(1): 17-23.
11. Herrera BE. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de México.* 1999; 41(5): 420-426.