



## El papel del pediatra en el maltrato físico

Mario Enrique Rendón-Macías<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

El maltrato infantil es un problema serio en todo el mundo.<sup>1</sup> Sus consecuencias pueden ser inmediatas o a largo plazo y siempre desastrosas para el menor.<sup>1,2</sup> Aunque el maltrato infantil ocurre de diversas formas, el físico puede ser tan severo que cause la muerte del menor. En este número, Gil-Vargas y colaboradores<sup>3</sup> nos presentan su experiencia en la atención de nueve niños con maltrato físico meritorio de un manejo quirúrgico, de los cuales dos fallecieron por la gravedad de sus lesiones.

Según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en su reporte de 2004, de un total de 22,842 casos confirmados de maltrato infantil, 23.75 % ( $\approx$  de 5,500) fueron de tipo físico.<sup>4</sup> Es muy probable que esta cifra sea subestimada, dado que sólo refleja los casos que ameritaron una atención médica. Sin embargo, llama la atención que de los casos confirmados, este mismo órgano oficial informó una denuncia de únicamente 10%.<sup>4</sup> Más aún, si bien es difícil establecer cuántos niños presentan traumatismos no accidentales, es más arduo calcular cuántos terminaron en un fallecimiento, dado que esta información no suele registrarse en los certificados de defunción. Si tratamos de dar un estimado, basta decir que el INEGI informó del año 2000 al 2008<sup>5</sup> un total de 1,378 muertes causadas por agresiones o caídas en pacientes de uno a 14 años de edad; es decir, el 3.6% de todas las muertes en ese periodo. Dentro de las causas, algunas pudieron ser secundarias a un maltrato físico severo.

A nivel mundial, el problema del maltrato físico es abordado desde la perspectiva del estudio de un trauma físico no traumático.<sup>1,6</sup> Este concepto es definido como un daño resultado de una acción deliberada de una persona contra otra.<sup>1</sup> En los niños, suele ser determinado después de analizar cuidadosamente el tipo de lesiones, las circunstancias como se dieron éstas y las condiciones generales del entorno familiar o social.<sup>1,7</sup> Esto es importante, porque la línea que separa un traumatismo accidental de uno no accidental puede ser muy estrecha en algunos casos. El diagnóstico preciso es fundamental porque, por un lado, podría ser el único momento o instante en el cual el pediatra estaría en posibilidad de salvar la vida de un menor, pero por otro lado, una denuncia falsa lastimaría a la familia o a algún miembro de ella.

Por lo anterior, en diversos estudios y guías<sup>1,4,7</sup> se muestran signos y síntomas de alarma para sospechar un traumatismo no accidental. Estos datos se organizan en las características de la o las lesiones, las circunstancias en las cuales se dio el accidente y las condiciones propias de la atención. En relación con las lesiones, las de mayor alerta son:

- a) Fracturas: en metáfisis de huesos, en costillas en su parte posterior, en la escápula o el esternón; múltiples en cráneo y en diferentes partes con grados distintos de consolidación.<sup>6,8,9</sup>
- b) Hematomas: en niños menores de nueve meses o con poca o nula movilidad; en cara, nalgas o manos, sobre todo si son múltiples. Con formas sugestivas de mordidas, pellizcos o siluetas de objetos.<sup>1,10</sup>
- c) Quemaduras: que sugieran inmersión (en guante en mano), cabeza con líneas que denoten de escurrimiento, circulares asociadas con cigarros e imágenes de aparatos (por ejemplo, planchas).<sup>1,4</sup>

\* Correspondencia: MERM, drmariorendon@gmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Rendón-Macías ME. El papel del pediatra en el maltrato físico. Rev Mex Pediatr 2016; 83(2):35-36.

[Pediatrician's role in physical abuse]

- d) Lesión cerebral por sacudida: en ocasiones, difíciles de determinar dado que se podrían presentar con datos de encefalopatía, como cráneo hipertensivo y crisis convulsivas. En particular, neuroimágenes radiológicas de infartos múltiples, hematomas frontales y occipitales.<sup>1,11</sup>
- e) Lesiones internas: ruptura de vísceras, pancreatitis aguda o sangrados internos.<sup>12,13</sup>

Cualquiera de estas lesiones debe ser cuidadosamente evaluada en sus mecanismos de producción, tratando de encontrar la correlación entre la magnitud del objeto o circunstancia lesionante y la consecuencia. Ante la duda o sospecha, siempre deberá considerarse la posibilidad de maltrato físico. Otros aspectos orientadores son el retraso en la búsqueda de la atención, cambios en la explicación del mecanismo de lesión o versiones distintas entre los familiares y/o el paciente; lesiones no acordes con el desarrollo psicomotor del menor y evidencia franca de descuido o indiferencia ante circunstancias de alto riesgo no supervisadas por los cuidadores.<sup>1,4</sup>

Ahora bien, es preciso recordar que todo pediatra debe revisar con cuidado y acuciosidad a cualquier niño en su consultorio. En el caso que nos ocupa, lo más importante es identificar factores que podrían estar asociados con el maltrato en sus etapas iniciales, como negligencia en el cuidado, retraso en la aplicación de vacunas, falla de crecimiento o desmedro agudo, o bien, cambios de actitud o conductas no comunes en la relación de cuidador(es) con el niño(a). También pueden ser de utilidad ciertas preguntas durante la consulta, como: ¿cómo pone límites a su hijo(a)?; ¿quién cuida al menor?; ¿han habido cambios en la composición familiar (divorcios, separaciones, etcétera)? Las respuestas podrían orientarlo sobre el riesgo a un maltrato de cualquier tipo.

El ejemplo que nos presenta el Dr. Gil en su artículo nos muestra hasta donde puede un maltrato generar daño permanente o muerte en un menor descuidado por la sociedad y el sistema de salud.

## REFERENCIAS

1. Smith A. Nonaccidental injury in childhood. *Aust Fam Physician*. 2011; 40(11): 858-861.
2. Paul AR, Adamo MA. Non-accidental trauma in pediatric patients: a review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Transl Pediatr*. 2014; 3(3): 195-207.
3. 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.
4. Mariana Mojarro Iñiguez. *Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006. ISBN 970-721-375-2.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Datos de mortalidad, defunciones accidentales y violentas. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general\\_ver4/MDX-QueryDatos.asp?proy=](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDX-QueryDatos.asp?proy=)
6. Mulpuri K, Slobogean BL, Tredwell SJ. Epidemiology of nonaccidental trauma in children. *Clin Orthop Relat Res*. 2011; 469: 759-767.
7. Escobar MA, Pflugeisen BM, Duralde Y, Morris CJ, Haferbecker D, Amoroso PJ et al. Development of a systematic protocol to identify victims of non-accidental trauma. *Pediatr Sur Int*. 2016; 32(4): 377-386.
8. Leaman LA, Hennrikus WL, Bresnahan JJ. Identifying nonaccidental fractures in children age < 2 years. *J Child Orthop*. 2016; in press. PMID 27339476.
9. Ryznar E, Rosado N, Flaherty EG. Understanding forearm fractures in young children: abuse or not abuse? *Child Abuse Negl*. 2015; 47: 132-139.
10. Harris TS. Bruises in children: normal or child abuse? *J Pediatr Health Care*. 2010; 24: 216-221.
11. Roy AA, Mankad K, Chong WK, Saunders D. Neuroimaging of non-accidental injury. *Curr Pediatr Rev*. 2015; 11(4): 262-277.
12. Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V et al. A systematic review of abusive visceral injuries in childhood—their range and recognition. *Child Abuse Negl*. 2013; 37(7): 430-445.
13. Naik-Mathuria B, Akinkuotu A, Wesson D. Role of the surgeon in non-accidental trauma. *Pediatr Surg Int*. 2015; 31(7): 605-610.