

# Accidentes y maltrato

En la actualidad, en un gran número de países donde la salud alcanza avances notables y el desarrollo de técnicas y medios al servicio de la medicina es cada vez mayor, las causas tradicionales de muerte infantil han sido desplazadas por los accidentes, que ocupan ahora los primeros lugares para todas las edades pediátricas. Los años perdidos y las secuelas por accidentes superan las causas antes conocidas.

Si bien es cierto que los accidentes de tránsito representan situaciones más graves, no debemos perder de vista que en las edades pediátricas los que se producen en el hogar, círculos infantiles o escuelas son muy frecuentes. Su ocurrencia, por tanto, está en estrecha correspondencia con las habilidades del niño según diferentes etapas de la vida, y es el desarrollo psicomotor el que nos orienta hacia la prevención necesaria para evitarlos.

## Diferencias

Es preciso tener en cuenta que al referirnos a la palabra **accidente** no se incluyen situaciones negligentes que faciliten una determinada lesión, pues una vez que la persona al cuidado del niño no sea capaz de prever una situación peligrosa incurre en un **maltrato**, no en accidente, términos estos muy importantes de diferenciar.

El accidente se convierte en maltrato cuando es prevenible, por tanto, el límite entre uno y otro pone al médico en una posición compleja y solo si es sospechado es preciso establecer la diferencia; de lo contrario, la lista de accidentes falsos sería interminable, lo cual implica la exoneración de la responsabilidad del adulto al cuidado del menor, y si esta situación no es aclarada, la prevención del maltrato infantil resultaría mucho más difícil y estas personas no sentirán la verdadera responsabilidad que tienen ante al cuidado de un niño.

## Maltrato

Este término ha sido considerado de diferentes formas a lo largo de la humanidad, y el síndrome del

maltrato infantil (SMI) es un importante problema de salud de carácter universal, que resulta de una compleja interacción de los factores de riesgo del individuo, la familia y la sociedad.

Durante la Asamblea de las Naciones Unidas en 1959, se puso en vigor la declaración de los derechos del niño “[...] considerando que el niño, en razón de su falta de madurez física e intelectual, tiene necesidad de una protección especial y de cuidados especiales, con protección médica adecuada [...]”, y se dictaron para su cumplimiento diez principios ampliamente difundidos, los cuales tienen la intención de brindar a la población infantil derechos a la vivienda, alimentación y educación.

En 1999, la reunión de consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la definición siguiente:

“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

La identificación del maltrato infantil es un verdadero reto para el médico, pues la historia clínica recogida es muchas veces inexacta, engañosa, los hallazgos al examen físico son, en muchas ocasiones, inespecíficos y la mayoría de los médicos no lo incluyen en su diagnóstico diferencial.

### Clasificación

Una primera clasificación del maltrato infantil es la que se basa en la intencionalidad del daño, que lo diferencia en tres tipos:

1. Intencional.
2. No intencional (negligencia-“accidente”).
3. Indeterminado (cuando no es posible determinar intencionalidad o no).

El SMI también puede ser clasificado en seis categorías:

1. Abuso físico. Puede ser definido como lesiones intencionales a un niño, realizadas por su spadres o guardianes, utilizando una variedad de medios no accidentales, tales como: golpes con la mano u objetos diversos, magulladuras, laceraciones, fracturas, quemaduras, punturas, heridas y daño orgánico, capaces de producir resultados peligrosos demostrables. (Ver semiología de la lesión).
2. Abuso psicológico. Incluye omisiones, conductas verbales intencionales con consecuencias emocionales adversas. Un tutor puede ofrecerle intencionalmente, acciones verbales o conductas que no son necesarias para el desarrollo del niño. Este abuso psicológico incluye: explotación, corrupción, desprecio, aislamiento y terror.
3. Abuso sexual. Incluye la exposición inapropiada del niño a actos sexuales, el uso pasivo del menor como estímulo sexual por los adultos y el contacto sexual entre este y personas mayores. En resumen se refiere a cualquier acto realizado por un adulto con vía de obtener gratificación sexual con el niño. Esto puede ser practicado por miembros de la familia (incesto), conocidos o extraños.
4. Negligencias. (Que desarrollamos más abajo).
5. Abuso prenatal. Definido como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto.
6. Síndrome de Munchausen por poder. En estos casos, los padres o tutores utilizan artificios diferentes para provocarles enfermedades ficticias a sus hijos, con el objetivo de obtener una ganancia secundaria mal definida de la hospitalización del niño. Ellos relatan historias clínicas falsas sobre padecimientos de sus hijos, inducen síntomas y signos, los someten a chequeos y evaluaciones médicas múltiples, que con frecuencia terminan en ingresos hospitalarios.

De estas categorías, la **negligencia** es la más frecuente y posiblemente la de mayor morbilidad y mortalidad.

Las negligencias se diferencian de los accidentes porque en estos últimos no hay responsabilidad de los padres o tutores, mientras que en las primeras está presente un error por parte de los padres o personas encargadas del cuidado del menor.

En toda definición de negligencia el elemento esencial es un fallo en satisfacer las necesidades básicas, que amenace o dañe el desarrollo del niño.

Algunos autores diferencian la negligencia en tres tipos:

1. Física. Se refiere a un fallo en proporcionar al niño sus necesidades básicas, tales como: alimentos, vestido, amparo, cuidado médico y supervisión. El niño no puede desarrollar su potencial de crecimiento y desarrollo sin una alimentación adecuada. La negligencia nutricional es la causa más frecuente del bajo peso en los lactantes y puede estar presente en 50 % de los casos de fallo de progreso. El deterioro en el vestuario, ropa sucia o inadecuada para la estación, pelo despeinado, (sobre todo si los padres o hermanos lucen diferentes), debe llamar la atención del médico.
2. Educacional. Incluye fallo en asegurar la asistencia del niño a la escuela, de prevenir el ausentismo crónico y las llegadas tarde, en fin, en no asegurarle al niño que cumpla con los requerimientos educacionales establecidos.
3. Seguridad. Incluye el cuidado del ambiente del niño, sus condiciones higiénico-sanitarias y protección de cualquier forma de daño.

El maltrato infantil también se clasifica como maltrato social (general), cuando el sistema socioeconómico imperante no puede garantizar las condiciones mínimas de vida e intrafamiliar (particular); depende de las características particulares de cada familia. Sin embargo, el enfoque del maltrato debe estar basado en las diversas normas y comportamientos de los padres según las diversas culturas, las cuales pueden ser diferentes y determinar formas de crianzas aceptables para unos y no aceptables para otros.

No obstante, existen numerosos factores favorecedores del maltrato y algunos autores los han clasificado en:

– Sociales:

- Precariedad económica.
- Marginación.
- Problemas laborales
- Falta de soporte social en situaciones difíciles.

– Familiares:

- Antecedentes de malos tratos infantiles sobre los padres.
- Padres con excesiva vida social o profesional que dificulta el establecimiento de las relaciones afectivas con sus hijos.

- Familias con historias de disarmonías.
- Enfermedades de los padres o tutores que causan la desatención del menor.
- Figura monoparental (madres solteras, padres divorciados o separados, ausencia de padres por diferentes causas).
- Padres con actitud intolerante, indiferentes o con excesiva ansiedad ante la responsabilidad por la crianza de sus hijos.
- Hacinamiento.
- Prostitución y/o delincuencia de los padres.
- Psicológicos:
  - Insatisfacción personal de los padres o personas al cuidado del menor.
  - Problemas psicopatológicos: depresión, alcoholismo, drogadicción, etc.
  - Rechazo emocional o falta de afecto hacia el menor.
  - Baja tolerancia al estrés.
- Derivados del niño. Cuando se trata de niño:
  - Enfermizo.
  - Fruto de embarazos con varios factores de riesgo.
  - No deseado o fruto de relaciones extramatrimoniales.
  - Con temperamentos difíciles.
  - Con padecimiento de enfermedad crónica.

### **Semiología de las lesiones**

La identificación del abuso físico (intencional) constituye un reto para el médico de asistencia. Aunque ocasionalmente el niño puede presentar signos específicos de abuso, más comúnmente las lesiones no son tan obvias o diagnosticables. Debe sospecharse cuando aparecen algunos de estos síntomas o signos:

- No tiene lógica explicación la lesión encontrada con la historia contada por el tutor.
- Retraso en la solicitud de la atención médica.
- Lesiones incompatibles con el desarrollo sicomotor del niño y no se correlaciona con un trauma auto inflingido.
- Historia de la lesión que cambia significativamente con el tiempo.
- Presencia de lesiones múltiples de órganos incluyendo lesiones en diferentes estadios de evolución.
- Presencia de lesiones patognomónicas de maltrato (Ej. fracturas costales posteriores) o fracturas en menores de 2 años, asociadas a otras en estadio de formación de cayos óseos.
- No se ofrece historia del trauma “las llamadas lesiones mágicas”.

- Reacción familiar anormal en exceso o defecto ante el daño o lesión.
- Lenguaje violento hacia el menor.
- Falta de afectividad materna.
- Antecedente de otro niño fallecido de causa no bien explicada.
- Aspecto general del niño deficiente en su vestuario, nutrición, higiene y socialización.
- Abuso sexual.
- Ingestión de bebidas alcohólicas por la persona que trae el niño o por el menor.
- Trastornos psiquiátricos en familiares cercanos.

*Quemaduras.* Se producen por aplicación de energía.

En el año 1970, Stone estableció 12 criterios que ayudan a considerar las quemaduras como sospechosas de una lesión no accidental. Algunos son recogidos en las características generales del niño maltratado, otras son específicas:

- Quemaduras viejas al examen físico y referidas por el familiar como recientes.
- El adulto responsable del niño alega no haber estado presente en el momento del accidente o no se presenta en el hospital.
- Las quemaduras son atribuidas a la acción de otros niños.
- Quemaduras simétricas en ambas manos o pies, que sugieren que las extremidades fueron sumergidas por la fuerza en líquidos calientes.
- Presencia de múltiples hematomas o escaras en varios estadios de curación.

Las quemaduras se producen por la aplicación de energía calórica sobre la piel del niño, sean líquidos u objetos calientes, llamas, sustancia química y electricidad. Las lesiones dependen de la temperatura del agente, el grosor y extensión de la piel afectada, así como la duración del contacto con la piel.

Existen patrones típicos que nos hacen pensar en una quemadura de causa intencional:

- Patrón de cigarro, plancha o encendedor.
- Quemaduras en palmas de las manos, plantas de los pies, genitales, perineo o nalgas.
- Quemaduras simétricas en extremidades de profundidad uniforme.
- Salpicaduras no presentes en el sumergimiento.



*Fracturas óseas.* Son producidas por la aplicación de fuerzas al hueso. La inmadurez del hueso del niño y su mayor porosidad traen como consecuencia un mayor riesgo de lesiones por compresión, explica las lesiones por torsión, en tallo verde y encorvaduras óseas.

En los lactantes que sufren abuso físico las fracturas más comunes son en costillas, metáfisis y cráneo; en niños mayores, en las diáfisis de los huesos largos.

Una caída de 3 pies de altura, raramente resulta en una fractura simple lineal del cráneo o clavícula.

Las caídas de 6 pies de altura, raramente producen conmoción cerebral, hemorragias subdurales o laceraciones. No se reportan muerte o daño cerebral en caídas de menos de 10 pies. Las fracturas múltiples y costales posteriores, son muy sospechosas y virtualmente patognomónicas de maltrato y son producidas por compresión severa del tórax; con mucha frecuencia se asocian con trauma cerebral.

*Hematomas.* Son lesiones producidas por una fuerza roma directa aplicada a la piel del niño, de tal magnitud que hace que los capilares y algunos vasos se desorganicen produciendo el escape de sangre al tejido celular subcutáneo, debe hacerse el diagnóstico diferencial con las enfermedades hematológicas. La forma de la lesión sugiere el objeto usado: palmas, dedos, cinto, etcétera.

*Mordidas.* Son ocasionalmente identificadas en lactantes y niños maltratados, las mordidas humanas por lo general no son reconocidas por médicos no avezados en maltrato. La clásica marca tiene un patrón circular u oval con arcos simétricos opuestos, separado en la base por espacios abiertos.

*Traumas del SNC.* Están dentro de las más graves lesiones de maltrato físico: hemorragia epidural, subdu-

ral, subaracnoidea, contusiones y el sangramiento intraparenquimatoso. Es importante conocer el niño sacudido y es característica en ellos la hemorragia retiniana (65-95 % de los casos), se presenta generalmente en menores de 6 meses. El trauma craneal intencional es la causa más frecuente de muerte por abuso físico y su mayor incidencia se ve en menores de 3 años.

*Trauma abdominal.* Brusco no penetrante es bien reconocido, pero poco frecuente 1 % de los casos. En las lesiones ligeras o moderadas los síntomas son inespecíficos. La lesión penetrante de abdomen es poco común, y son más frecuente las cerradas con lesiones de órganos sólidos, perforación de vísceras huecas y de vasos mesentéricos. La atención médica es solicitada tardíamente por la naturaleza progresiva de los síntomas.

## **Prevención**

Estos elementos nos ponen en la disyuntiva de valorar qué podemos hacer para prevenir el maltrato y se han formulado varias estrategias, como son:

- Apoyo a la familia. Implica capacitación en cuanto a la crianza de los hijos, atención directa a aquellas familias que presenta algunos de los factores favorecedores, brindar comunidades seguras, etcétera.
- Estrategias en los servicios de salud. Capacitación al personal de salud que le permita identificar y prevenir el maltrato.
- Estrategias terapéuticas. Basadas no solo en la atención de determinada lesión física, sino también psicológica al niño y a la familia.
- Estrategias legales. Notificación obligatoria y aplicación de leyes que abarquen el maltrato desde todas sus variantes.