



112-37
CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF



43
rej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD EN :
PEDIATRIA MEDICA

SINDROME DE NIÑO MALTRATADO

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A :

DRA. GUADALUPE COVARRUBIAS MENDOZA

PARA OBTENER EL GRADO DE :

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

DIRECTOR DE TESIS : DRA. MARIA ALEJANDRA CERVANTES ROJAS



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
ANTECEDENTES	8
MATERIAL Y METODO.....	12
RESULTADOS	14
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUCCION.

El maltrato infantil es uno de los ejemplos más trágicos de la inhumanidad del hombre.

La situación del niño golpeado en los países subdesarrollados ofrece un panorama desolador a pesar de las deficiencias de la información disponible, no podemos dejar de reconocer que estamos frente a un problema grave y complejo.

El maltrato infantil es un síntoma de disfunción familiar, por lo tanto el fin de evitarlo, es sinónimo de apoyar y reforzar a la familia para permitirles cuidar más adecuadamente a sus hijos correspondiendo en parte al Pediatra, ya que es el principal involucrado para el diagnóstico de maltrato, descuido y abuso infantil; localizando situaciones de alto riesgo y finalmente logrando evitar las mismas, mediante manejo de salud mental y social, juntas con el enfoque biomédico más tradicional, comprender ampliamente cual es la base del maltrato infantil, permite obtener una visión más amplia sobre el diagnóstico y manejo de estos niños y hacer uso del equipo interdisciplinario para estudiar los casos sospechosos de maltrato.

En el Hospital Pediátrico Moctezuma se desconocen los datos estadísticos de pacientes que ingresan a esta unidad con diagnóstico de síndrome de niño maltratado y sus problemas relacionados así como el desarrollo o solución del mismo.

El enfoque del presente trabajo se limita a mostrar el panorama ofrecido por aquellos pequeños víctimas de lo que podría catalogarse como abuso criminal en el más amplio sentido del término.

Por desgracia es imposible penetrar del todo en las complejidades de aquel mundo semiculto de la agresión encubierta, aquella que se acepta social y jurídicamente y cuyos autores no son formalmente consignados ante las autoridades por no considerarse causa de penalización alguna, el maltrato a los hijos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato al niño en el hogar es uno de los ejemplos más -- trágicos de la inhumanidad del hombre hacia el hombre, es el más oculto y el menos controlado de todos los crímenes violentos, acontece ampliamente y no va en disminución, sino al contrario se incrementa.

El síndrome de niño maltratado es solo una expresión fría para referirse a aquella situación de maltrato que incluye heridas graves, barreras al desarrollo normal, explotación sexual y abuso emocional.

En una sociedad ideal, en la cual todos los progenitores tuvieran los fondos y la preparación necesarios para criar adecuadamente a un niño, no habría necesidad de utilizar el abuso físico para influir en la conducta de los pequeños: sin embargo el castigo es un método viejo integrado de disciplina en las escuelas y en los hogares.

Una definición más reciente de abuso físico se considera como una lesión inferida al menor por un cuidador, por cualquier motivo, incluyendo lesión resultante de la reacción del cuidador ante una conducta indeseable. El niño ha de ser normal en el desarrollo de su estado emocional y físicamente.

No se conoce la frecuencia exacta de este síndrome en nuestro país, Kempe señala que el desconocimiento de las cifras exactas - en diversas partes del mundo, radica en que pocos países estudian esta problemática y la mayoría la ocultan.

En México se realizó un estudio en el lapso de 14 años, durante los cuales fueron captados 686 casos, de los cuales 17% correspondieron al Distrito Federal.

La mortalidad global de estos niños agredidos fué de 55.2% y de estos el 23% tenían de 4 a 6 años al momento de sufrir la agresión, 17% tenían entre uno y tres años y aproximadamente 20% de 7 a 12 años.

El estudio más reciente sobre frecuencia de maltrato infantil, se basó en casos reconocidos y denunciados profesionalmente.

En 1986 según la definición de maltrato infantil, se maltrató el 16.3/1000 de la población estudiada; el 9.2/1000 (0.9%) fué -- víctima de maltrato físico, emocional o sexual, de ellos el 72% -- sufría lesiones moderadas, 15% lesiones graves, 0.1% lesiones letales, lo que significa que 1/1000 niños denunciados por maltrato muere. Los estudios sobre maltrato denunciado no incluyen a todos los menores que han sido maltratados, una encuesta realizada en -- Estados Unidos, llevada al cabo en 1976 que registro episodios -- violentos en familia con niños de 3 a 17 años, indicó que la incidencia de puntapiés, mordidas, pinchazos y golpes eran de 14%.

Los Pediatras proponen que estas familias quizá por su bajo -- nivel socioeconómico no las ven en su consultorio, y por este motivo el número de denuncias de niños maltratados por tales prácticas no refleja lo esperado.

En México la principal llamada de atención la hace Marcovich y los señalamientos aislados de Espinoza, Rojas, Manzano, Loredó y Raynes, los datos conocidos no permiten precisar una cifra, pero la suma de los casos de maltrato físico, más los niños que solo presentan privación emocional, más el número de pacientes

que han sufrido alguna forma de abuso sexual que es una realidad actual con carácter progresivo.

En casi todas las series publicadas se ha encontrado que los médicos que ejercen la medicina privada son los que menos aportaciones hacen y se considera que tan baja proporción indica irresponsabilidad civil o ignorancia.

Los factores de riesgo que se relacionan con el maltrato infantil incluye; embarazo en madres menores de 20 años de edad, embarazo no deseado, prematuréz, trastornos del desarrollo y otras enfermedades crónicas, así como el abuso de sustancias tóxicas.

El síndrome de niño maltratado es una enfermedad de adultos -- que se manifiesta en el niño. La concentración de una serie de si tuaciones que involucran al agresor, al agredido y al ambiente en un momento dado, condicionan el síndrome. Si bien los niños maltratados provienen de todos los estratos sociales, con más frecuencia esta situación es consecuencia de un nivel cultural y ocupacional bajo de los progenitores. En nuestro medio una tercera parte de los pacientes provienen de lugares fuera del Distrito Federal.

Mucho se ha considerado en relación a las características de los padres agresores, se han propuesto como predisponentes: a) factor socioeconómico, b) haber sido golpeado cuando niños, c) la autodevaluación, d) aislamiento social y desconfianza para el medio, e) la facilidad de expresión de los impulsos agresivos.

Tienen en común que la mayoría fueron educados bajo un ambiente de deprivación social, poseen una estimación inexacta de las habilidades de sus hijos y padecen un defecto del carácter que les permite expresar su agresividad con anormal facilidad.

Independientemente de las características de los padres y a --
fín de que el abuso se efectúe, son necesarios tres requisitos, -
los que usualmente se suceden en alguna secuencia y están casi --
siempre presente en alguno o ambos padres, estos son: potencial -
de abuso de los padres, un niño especial como hijo y una crisis -
desencadenante.

Existen sin duda muchas maneras de infligir maltrato al menor
lo encabezan el abuso sexual, traumatismos, quemaduras, depriva -
ción de agua y alimento, adicción a drogas, abandono, hostiliza -
ción verbal, entre otros.

El abuso emocional destruye la competencia del niño y se reco -
noce por alteraciones de la conducta y por disminución de la capa -
cidad de función.

La privación emocional y nutricional que dá origen a desace -
leración del crecimiento, irritabilidad exagerada, alteración de
la personalidad e higiene, puede ser la llamada de atención para
el Pediatra, así como cualquier lesión que incluya quemaduras, en -
venenamiento o ambos en niños pequeños; por lo tanto, se debe lle -
var al caso una historia completa del accidente e investigar como
sucedió, ver que correspondan con los datos clínicos.

La asistencia frecuente al hospital, las lesiones repetitivas
y el retraso para informar del accidente, aumentan el grado de --
sospecha, cuando las lesiones son difíciles de explicar, deben re -
alizarse estudios radiológicos que en muchas ocasiones "hablan" -
por el paciente.

Las manifestaciones más graves del síndrome se descubren en --
las salas de urgencias, cuando los niños presentan fracturas poco
comunes, laceraciones, quemaduras e incluso estallamiento de las

vísceras abdominales, cuando hay maltrato físico, los golpes son dados con cualquier objeto; de ahí que haya una diversidad de elementos o instrumentos con los cuales son lesionados los pequeños

Las regiones corporales más dañadas son; el cráneo, extremidades torácicas y pélvicas, menos frecuentemente en tórax, abdomen o ambos.

El hematoma subdural es la lesión más grave y común, la menos detectada y con mucho la causa más frecuente de muerte en el síndrome de niño maltratado. Con relativa frecuencia, los niños que sufren de hematoma subgaleal, no presentan huellas de violencia, en virtud de que en tal situación no hubieron traumatismos directos, el otro patrón de daño que puede sufrir el menor es el abuso sexual en cualquiera de sus formas, ahora bien, éste tipo de maltrato es poco y se da a conocer en el ambiente social y legal, con menor frecuencia de la real a pesar de su incidencia en las diferentes sociedades, las formas de abuso sexual son; la violación, incesto, agresión indecente y fomento a la prostitución.

ANTECEDENTES.

El castigo corporal es un método viejo e integrado de disciplina utilizado a través del tiempo y de la evolución del hombre.

Abusar de la condición inerte del niño no es un problema reciente, se cita en el Génesis; como una situación para agradar a Dios, en las grandes civilizaciones antiguas, el infanticidio era considerado un medio para eliminar a todos aquellos que por desgracia nacían con defectos físicos (15).

Los pasajes Bíblicos son testimonio, baste recordar la historia de Abraham e Isaac, Moises y Medea. La historia del Rey Nimrod de Babilonia; quién al ser informado por sus astrologos que nacería un niño, el que a futuro le declararía la guerra, mandó matar a todos los primogénitos del reino.

El nuevo testamento inicia describiendo la matanza de los inocentes, de la que Jesús fué salvado; en los tiempos clásicos, Séneca, Platón y Aristoteles, apoyaron la ley que dictaba matar a los defectuosos.

En Escandinavia es bien conocida la ceremonia Pagana, denominada Wehie y cuya técnica versa acerca de la decisión de un padre de despojar de la vida a su hijo recién nacido.

En Esparta se arrojaba a la cima del Taigcto a los pequeños, viejos y deformes, también se describe la matanza de Neonatos que fué ordenada por Herodes "el grande".

Es interesante observar que en China, el límite de una familia era de tres hijos; para controlar el aumento de la población arrojaban al cuarto hijo a los animales salvajes. En la India, los pequeños con ciertos defectos físicos se consideraban como instrumentos del Diabolo y eran destrozados.

El maltrato a los pequeños ha sido justificado por ciertas creencias religiosas, los niños eran sacrificados por sus padres en los altares de Diana; para eliminar al Demonio de los pequeños -- epilépticos, se les arrojaba contra los árboles.

El emplear el término Infanticidio puede decirse que fué la -- práctica de agredir al niño desde tiempo inmemorial, por otro lado ninguna Nación sea ésta civilizada o no, puede escapar de este juicio, ya sea que lo haya cometido para calmar a sus Dioses, como reacción a profecías, o simplemente como un acto de fé.

En el siglo XVIII, algunos padres mutilaban a sus hijos para -- que pidieran limosna o fueran empleados por los circos ambulantes otros autores citan el caso de un grupo de niños, cuya edad oscilaba alrededor de los cinco años, quienes eran obligados a trabajar jornadas hasta de 16 horas diarias, con grilletes sujetos a -- los tobillos; todos estaban desnutridos y golpeados, muchos de -- ellos murieron por enfermedades ocupacionales y otros prefirieron el suicidio (15).

Con el advenimiento de la industrialización cambia la tecnología y se urbanizan las ciudades, lo que modifica los valores respecto del menor; se desarrolla un fenómeno nuevo que se conoce -- como abuso del niño, práctica que difiere del Infanticidio fundamentalmente en la explotación del mismo y que afecta a menores de cinco años.

En Estados Unidos de Norteamérica, a mediados del siglo XIX. -- apareció la primera sociedad para evitar la crueldad contra los -- niños.

El Dr. S. West publicó en 1888 el primer trabajo escrito sobre este fenómeno, ya en la década de 1940, los doctores Caffey y Silverman señalaron lo que ahora se conoce como niño golpeado, al descubrir la relación de hematoma subdural y fractura de los huesos largos de las extremidades.

El Dr. Kempe a principio de los años 60, ideó el término de "niño maltratado", se basó en observaciones de 302 niños agredidos en los Estados Unidos de América y señaló que el 11% de ellos fallecieron; el 28% presentaron lesiones irreversibles.

Fontana propone ampliar el término a "Síndrome de niño maltratado", cuando haya múltiples alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia y abuso (1,18).

En 1961 se iniciaron las investigaciones en 80 distritos de la Unión Americana y se publicaron estudios sobre la incidencia nacional del síndrome de niño maltratado.

Posterior a ésto, el interés al respecto aumentó en todos los niveles y aparecieron más de 300 publicaciones alusivas en los siguientes cinco años. Fué tal la información que se iniciaron investigaciones relacionadas con el problema, en los congresos de Pediatría, Cirugía, Neurología y Traumatología, surgieron libros científicos y de difusión popular, se modificaron algunas leyes del Código de procedimientos penales y se dió lugar a la formación de agencias especiales, campañas publicitarias y asociaciones protectoras (2).

En los Estados Unidos de Norteamérica se reportan de 5 a 6 mil casos anuales de maltrato al niño por parte de los padres.

En Inglaterra el último reporte respectivo indica hasta 12800 muertes al año.

En los países altamente industrializados como lo son Bélgica, Suiza, Dinamarca y Francia, la toma de conciencia sobre este problema, la agresión del adulto sobre los pequeños, produce inquietudes sobre las autoridades, médicos y público en general, convirtiéndose de hecho en un problema universal.

En la actualidad se incluye el fenómeno de abuso sexual en cualquiera de sus formas, dentro del contexto integral del maltrato al menor, en virtud de su elevada frecuencia y por la repercusión que dicha agresión tiene en la esfera emocional de los pacientes (1,5,7,15).

MATERIAL Y METODO.

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Pediátrico Noctuzuma de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal durante el lapso comprendido del 1° de diciembre de 1990 al 1° de diciembre de 1991.

No se realizó cálculo del tamaño de la muestra, debido a que fueron incluidos todos y cada uno de los expedientes clínicos de los pacientes con el diagnóstico de certeza de síndrome de niño maltratado, proporcionados por el servicio de Archivo Clínico de la unidad, durante el periodo señalado.

Para la selección de los expedientes se fijó como criterio de inclusión un patrón clínico - radiológico basado en la presencia de lesiones condicionadas por traumatismos, quemaduras, fracturas recientes o antiguas, abuso sexual, sin una explicación lógica y convincente, a los cuales se les siguió un proceso médico - legal incluyéndose pacientes con abandono social.

Se cubrieron las siguientes variables de los expedientes seleccionados:

- sexo del paciente
- edad del paciente
- nivel socioeconómico
- ocupación de los padres
- procedencia del paciente
- antecedentes de farmacodependencia y/o alcoholismo en el agresor
- estado civil de los padres
- parentesco con el agresor
- mecanismo de agresión
- tipo de lesiones

- localización de lesiones
- tiempo transcurrido entre lesión y la consulta
- días estancia intrahospitalaria
- complicaciones médico-quirúrgicas
- destino del paciente

Los datos necesarios para cubrir las variables previamente descriptas, fueron tomados de los expedientes con los criterios ya -- mencionados y fueron vaciados a un formato de captura expreso.

Los resultados obtenidos fueron analizados en una fase descriptiva, basada en los datos encontrados y expresados en gráficas de barra o pastel según el caso.

RESULTADOS.

Se revisaron un total de 25 expedientes de pacientes con diagnóstico de síndrome de niño maltratado que ingresaron al Hospital Pediátrico Hoctezuma de la Dirección General de Salud del Departamento del Distrito Federal, correspondiendo a 13 masculinos (52%) y 12 femeninas (48%); los grupos de edad más agredidos correspondieron a recién nacidos y lactantes con 18 casos (72%), preescolares 4 (16%) y escolares 3 (12%) cuadro # 1.

El origen de los pacientes fue el Distrito Federal con 16 (64%) y el resto 9 (36%) correspondieron al Estado de México, cuadro # 2

El nivel socioeconómico predominante fue el bajo 15 (60%), medio 3 (12%), ignorándose en los demás 7 (28%), cuadro # 3.

El núcleo familiar del paciente agredido fue de Unión libre de los padres con 9 (36%), matrimonio 4 (16%) y desintegrado por abandono del padre 3 (12%), viudez 1 (4%), no lográndose especificar en 8 casos (32%), cuadro # 4.

En lo que respecta a la ocupación de los padres solo 16 (64%) laboran, dedicándose al Hogar 11 (44%), desempleados 4 (16%), ignorándose en el resto, cuadro # 5.

El alcoholismo se encontró en 9 de los padres (36%), la drogadicción en 3 (12%), combinada en 2 (8%), negados en 7 (28%), desconociéndose en el resto, cuadro # 6.

En los pacientes que se logró obtener información, se demostró que el agredido siendo éste recién nacido o lactante ocupaba el lugar intermedio o último en la familia 7 (28%) y 4 (16%) respectivamente haciendo relevancia en 4 casos (16%) fueron hijos únicos, cuadro # 7.

En 62% de los casos los agresores fueron los padres, el padrastro en 3 (12%) y personas ajenas al núcleo familiar en 4 (8%) C. #8.

La edad promedio del agresor fué de 26.8 años para las mujeres y 29.5 años para los hombres.

De los agresores 5 (20%) eran alcohólicos, 2 (8%) drogadictos ambos 1 (4%), negándose en 9 (36%).

Generalmente los niños fueron agredidos por diferentes mecanismos o combinación de ellos, desde traumatismos con o sin objetos quemaduras con líquidos, instrumentos calientes o fuego directo sumersión en agua.

Se encontró además abandono social y abuso sexual cuadro # 9, y # 10, dando un total de 39 lesiones asociadas.

De los pacientes lesionados 6 presentaron complicaciones que ameritaron manejo quirúrgico por Neumotórax bilateral, perforaciones viscerales y fracturas. 12 pacientes tenían padecimientos infecciosos agregados. 19 con afectación nutricional desde la anemia grado 1 hasta la desnutrición de tercer grado, además se presentaron otras complicaciones, como neurológicas en 3 casos por hemorragia intracraneal, cráneo hipertensivo, casos de violación en dos pacientes, incluso cuernos extraños en vías aéreas superiores e intoxicación etílica.

La localización de las lesiones en general fueron múltiples predominando en extremidades 11, tórax y abdomen (tronco) 9, craneo 7, generalizadas en 5, cuadro # 11.

De los 25 casos estudiados se encontró que el lapso transcurrido entre la lesión y la atención médica fué de 118 horas en promedio, acudiendo dentro de las primeras 72 horas 14 casos y después 11.

El promedio de estancia intrahospitalaria fué de 165 horas, 23 pacientes fueron egresados por mejoría, quedando bajo custodia de familiares determinados por la Procuraduría General de la República; en 6 pacientes se determinó que requerían manejo temporal en albergue de D.I.F. solo tres de los niños fallecieron por complicaciones de las lesiones.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

R.N.	6	24%
LACTANTE	12	48%
PRE-ESCOLAR	4	16%
ESCOLAR	3	12%

CUADRO # 1 FUENTE: ARCHIVO CLINICO

PROCEDENCIA DEL PACIENTE

LUGAR	#	%
D.F.	16	64
EDD. MEX	2	56

CUADRO # 2 FUENTE: ARCHIVO CLINICO

NIVEL SOCIOECONOMICO DEL PACIENTE

BAJO	15	60%
MEDIO	3	12%
ALTO	0	0%
SE IGNORA	7	28%
TOTAL	25	100%

CUADRO # 3

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

CASADOS	4	16%
UNION LIBRE	9	36%
SEPARADOS	3	12%
VIUDOS	1	4%
SOLTEROS	0	0%
NO ESPECIFICO	8	32%
TOTAL	25	100%

CUADRO # 4

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

OCCUPACION DE LOS PADRES DE NIÑOS AGREDIDOS

OCCUPACION	PADRE	MADRE
PROFESIONAL	0	0
EMPLEADOS	10.40%	6.24%
HOGAR	0	11.44%
DESEMPLEADOS	4.16%	0
NO ESPECIFICO	11.44%	8.32%

CUADRO # 5

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA EN LOS PADRES

	ALCOHOL	DROGAS	AMBOS	NINGUNA	IGNORA	
PADRE	7.28%	1.4%	0	0	0	
MADRE	2.8%	0	0	0	0	
AMBOS	0	2.8%	2.8%	5.20%	6.24%	
TOTAL	9.36%	3.12%	2.8%	5.20%	6.24%	100%

CUADRO # 6

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRUPO DE EDAD DEL AGREDIDO EN RELACION AL LUGAR UCUPADO EN LA FAMILIA

	RECIENTE NACIDO,	LACTANTE	PREESCOLAR	ESCOLAR	ADOLESCENTE
PRIMOGENITO	2.8%	1.4%	0	0	
INTERMEDIO	5.20%	1.6%	1.4%	0	
ULTIMO	4.12%	0	0	0	
UNICO	4.12%	0	0	0	
SE IGNORA	5.20%	0	0	0	2.8%
TOTAL	20.80%	2.8%	1.4%	2.8%	

CUADRO # 7

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

TIPO DE AGRESOR	
MADRE	11.44%
PADRE	7.28%
PADRASTRO	3.12%
MADRASTRA	0 - 0
TIO PATERNO	1.4%
OTROS	1.4%
SE IGNORA	2.8%
TOTAL	25.100%

CUADRO # 8

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

MECANISMO DE PRODUCCION DE LESIONES

TRAUMATIZADOS	18
DEPRIVACIONES	7
ABANDONO SOCIAL	7
QUEMADOS	3
VIOLACION	2
INTOXICACION	1
SEMIHOGADO	1
TOTAL	39*

CUADRO # 9

* LESIONES COMBINADAS

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

FORMAS COMBINADAS PRODUCTORAS DE LESIONES

TRAUMATISMOS		QUEMADURAS	OTROS		
- GOLPES	5	- LIQUIDOS	1	- SUMERSION	
- CINTURON	3	- PLANCHA	1	EN AGUA	1
- AZOTADOS	2	- CIGARROS	1	- ABANDONO	
- OBJETOS	11	- FUEGO		SOCIAL	6
- MORDIDAS	2			- SE IGNORA	1
- PUNTAPIES	5				
- ABRASION	1				
TOTAL	29		4		10

CUADRO # 10

* LESIONES COMBINADAS

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

LOCALIZACION DE LESIONES EN NIÑOS AGREDIDOS

CRANEO	7
CUELLO	0
TRONCO (TORAX, ABDOMEN)	9
EXTREMIDADES TORACICAS	6
EXTREMIDADES PELVICAS	5
GENITALES	2
GENERALIZADAS	5
TOTAL	34

CUADRO # 11

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

CONCLUSIONES.

El abuso infantil, es una situación que siempre ha existido, lo cual es un reflejo de disfunción familiar, una enfermedad del adulto y no propiamente de la pobreza.

En México existen pocos estudios realizados al respecto, el presente estudio nos muestra que cada vez más se hospitalizan pacientes, lo cual refleja claramente un incremento de esta patología, resultando el menor más agredido sin importar el sexo, siendo el grupo pediátrico más afectado, los recién nacidos y el lactante menor, los cuales corresponden al grupo más indefenso y necesitado de mayor atención por la madre.

La tercera parte de los niños agredidos provienen del Distrito Federal, lo cual implica que en el maltrato infantil en la capital del país, influye la tensión constante que se genera en sus habitantes con cada vez más incremento de la población. El principal agresor en el presente estudio fué la madre, lo cual podría explicarse por el hecho de que es la que más tiempo permanece en el hogar. La edad del agresor fluctuó entre la segunda y tercera década de la vida, no mostró relevancia la edad y el sexo de la víctima cuando la madre fué la agresora. Es muy probable que la inestabilidad ocupacional de los padres sea importante en el origen de la agresión hacia el menor, ya que en este estudio la mayor parte de los agresores se encontraron sin un trabajo fijo o subempleados. La mala situación económica se manifestó por condiciones deploras de las viviendas, que en la mayoría de los casos no cuentan con los servicios mínimos indispensables, por tal razón es posible que un

un ambiente de pobreza favorezca el desarrollo de una personalidad agresiva, adicción a las drogas y/o alcohol así como tendencias criminales. El estado civil de los padres solo se encontro le galizado en la quinta parte de los casos estudiados, situación común observada en otros estudios.

La privación y/o el maltrato aunado a procesos infecciosos repercuten en el estado nutricional del niño , mostrando alteraciones nutricionales en la tercera parte de los pacientes estudiados, con grados variables de anemia y desnutrición, lo cual hace que un niño con estos factores clínicos, sin una causa organica bien establecida pueda servir de apoyo para sospechar el diagnóstico de maltrato infantil. Un hecho que esta bien establecido , es el que la privación emocional provoca detención en el crecimiento físico sin que exista una enfermedad subyacente.

La importancia que implica el hecho de que la mayor parte de los agredidos son lactantes menores y que frecuentemente se encuentran con diferente grado de desnutrición, esta bien establecido de que una desnutricion grave puede ocasionar daño permanente, así mismo la sola presencia de anemia disminuye en los niños la capacidad de aprendizaje e incrementa su irritabilidad, fatiga y apatía y muchos ya con daño psicológico, hacen de estos casos una situación alarmante para el futuro de estos niños, tomando en cuenta que por cada niño detectado maltratado existen aproximadamente 1,300 que requieren vigilancia ambulatoria en un servicio de urgencias y se calcula aproximadamente el doble de aquellos con lesiones menores no sean vistos por los médicos.

La variabilidad y gravedad de los fenómenos infecciosos de estos niños es muy amplia y depende del tiempo de evolución del maltrato.

Existe diversidad de elementos o instrumentos con los cuales son agredidos los niños. Esto tiene su explicación en el hecho de que el episodio del maltrato sucede en el momento crítico, por lo que el agresor utiliza lo que tiene a la mano, en general recurre a los golpes o quemaduras, quedando en segundo término la privación emocional y la agresión sexual. El abuso sexual se detectó en dos casos, lo cual no representa cifras reales que suceden en nuestra población, considerando que el abuso sexual ocasiona un problema moral a nivel familiar y un estigma a nivel social.

La presencia de secuelas del S.N.C. como complicación del maltrato son frecuentes, las principales complicaciones quirúrgicas fueron lesiones viscerales a nivel torácico y abdominal, lo cual debe de alertar la presencia de un abdomen agudo sin antecedentes que lo justifiquen. Tres pacientes fallecieron como consecuencia de la agresión sufrida. La institución invirtió 6.8 días como promedio de estancia día-cama para resolver problemas médicos y 69.3 días como promedio en niños con complicaciones quirúrgicas, lo cual traduce un costo elevado.

El diagnóstico de esta entidad debe de considerar no solamente la presencia de síntomas de agresión física, también la privación emocional y/o abuso sexual, lo cual forma parte en un momento dado del cuadro clínico. La existencia de negligencia en la atención del niño, abandono por periodos prolongados, falta de supervisión en sus actividades generales, así como su higiene, falta de atención médica y dental, nutrición inadecuada e inasistencia a la escuela, son datos que también permiten sospechar el diagnóstico. La actitud de los padres puede ser de aparente sobreprotección y rara vez demuestran rechazo frente al médico. La tardanza en llevar al niño

para su atención médica es otra característica que debe de tomarse en cuenta. Esta tardanza se debe a que los padres tratan de ocultar su agresión para no ser descubiertos, pero la gravedad y persistencia de las lesiones obligan a recurrir al médico.

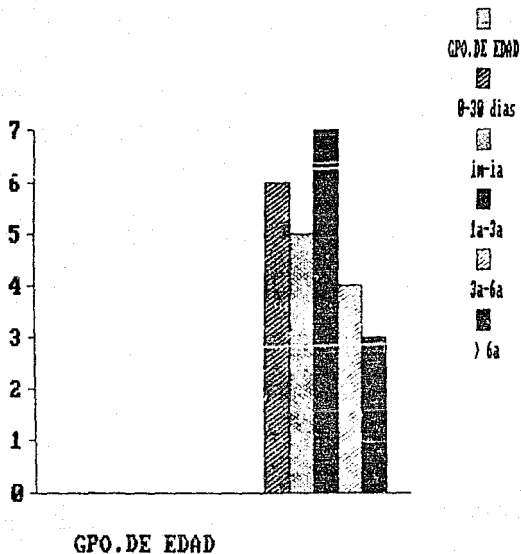
Además de concientizar al grupo médico sobre la existencia de este problema y sobre la morbilidad del síndrome a largo plazo, es necesario que se establezcan en todos los niveles pediátricos, programas para garantizar la salud y el desarrollo de un niño afectado la terapéutica psiquiátrica para estos niños y sus familiares, así como su manejo legal.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Altenuir W.A. Sandler W.M. Antecedents of Child Abuse
J. Pediatr. 1982; 100: 823-829.
- 2.- Baeza Carlos. Shafiqul Haque. Síndrome del niño maltratado.
Espectro de un problema. Bol Med Hosp Infant Mex 1986;(1) 71-77
- 3.- Dubaime MD The Shaken baby syndrome. J. Neurosurg 1987;66 409-415
- 4.- Espinoza M.E.Caceres D.J. Síndrome del niño maltratado. Aspectos
médicos, psicológicos y jurídicos. Rev Mex Pediatr 1971;40:807-819
- 5.- Hanigan William MD. Tin ear syndrome: Rotational acceleration in
pediatric head injuries. Pediatrics; 1987(5); 618-622
- 6.- Hobbs C.J. Wynne J.M. The sexually abused battered child
Archives of diseases in childhood. 1990; 65:423-427
- 7.- King John, Biefendorf Dirk. Analysis of fractures in 189 battered
children. Journal of pediatric orthopaedics. 1988; 8; 585-589
- 8.- Loredo Abdala. El maltrato al menor. Una realidad creciente
en México. Bol Med Hosp Infant Mex 1986;43 (7) 425-433
- 9.- Loredo Abdala, Cornejo S. Comportamiento endócrino del niño
maltratado en la fase aguda de la agresión. Bol Med Hosp Infant
Mex 1989;46;(4):271-276
- 10.- Loredo Abdala. Medicina Interna. Editorial Interamericana
El maltrato al menor, aspecto clínico; 1990. 471-690
- 11.- Loredo Abdala,Reynes M.J, Carbajal R.L. El niño maltratado,
una realidad actual en México. Acta Pediatr Mex 1984;5;28-37
- 12.- Marcovich J. El maltrato a los niños. Editorial Edicol. 1978
- 13.- Marcovich J. Tengo derecho a la vida. prevención e identifica-
ción del niño maltratado. México. Editorial Mexicanos Unidos
1981.

- 14.- Martin H.P. Beezley P. The development of abuse children
part 1. A review of the literatures. Adv Pediatr 1974; 21;
25-43.
- 15.- Newberg E.H. Reed R.B. Pediatrics social illness; Toward
and etiology classification Pediatrics 1988; 60; 248-270
- 16.- Reece R.M. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Editorial
Interamericana. 1990, 4; 841-1072
- 17.- Rojas D.U. Manzano S.C. Aspectos radiológicos en el síndrome
de niño maltratado. Jornada Pediátrica IMSS 1978, 69-70
- 18.- Salmon T. History and demography of child abuse. J. Pediatr.
1982, 100; 823-829.

HOSPITAL PEDIATRICO NOCTEZUMA
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



Fuente: Archivo clinico.

ESTA VEZ
SALUD DE LA
HOSPITAL

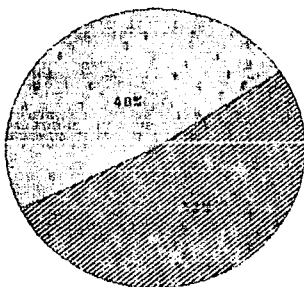
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



FEMENINO



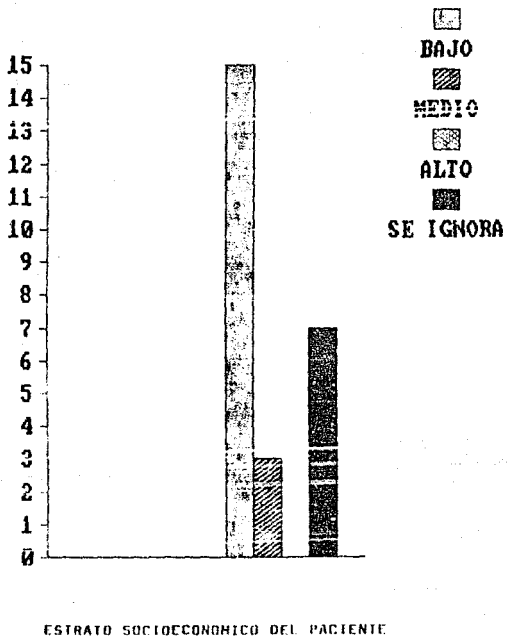
MASCULINO



DISTRIBUCION POR SEXO DEL PACIENTE

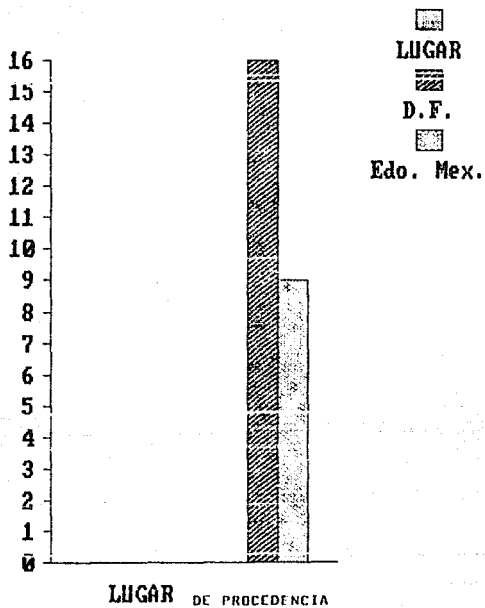
Fuente: Archivo clinico

HOSPITAL PEDIATRICO MOCIEZUMA
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



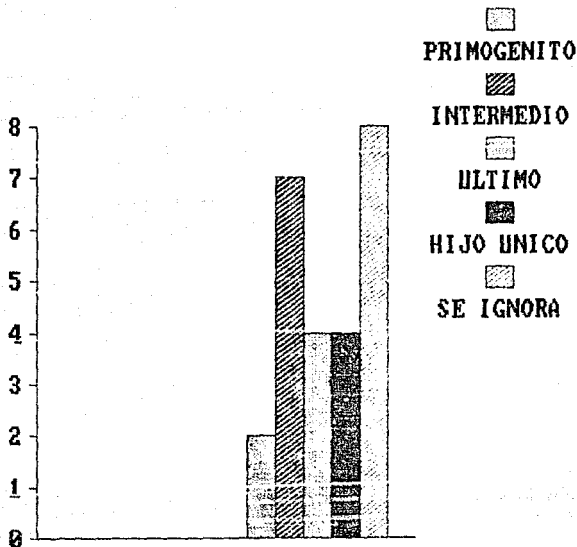
Fuente: Archivo clínico.

HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

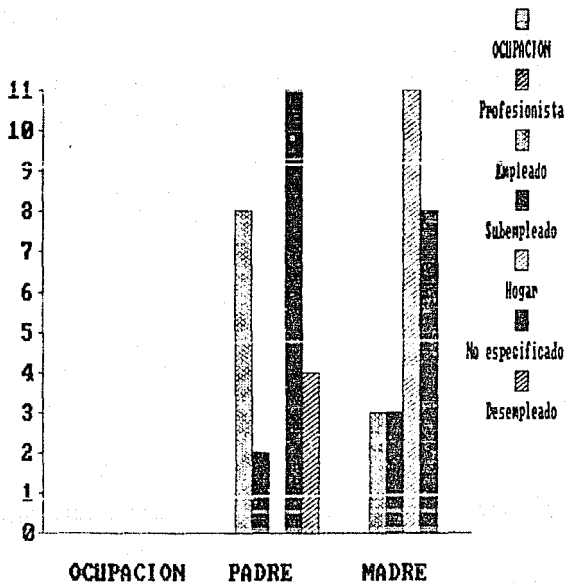
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



LOGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA

Fuente: Archivo clinico

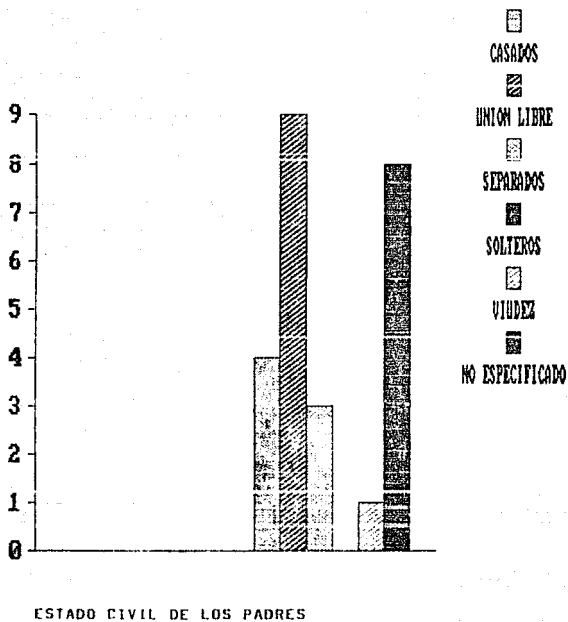
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



Fuente: Archivo clínico.

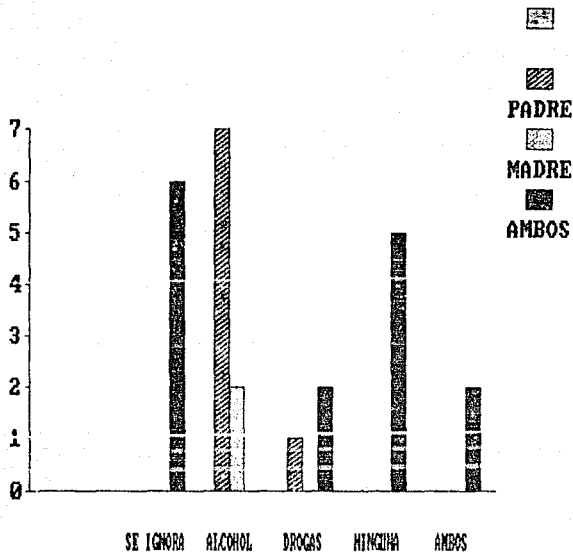
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



Fuente: Archivo clinico

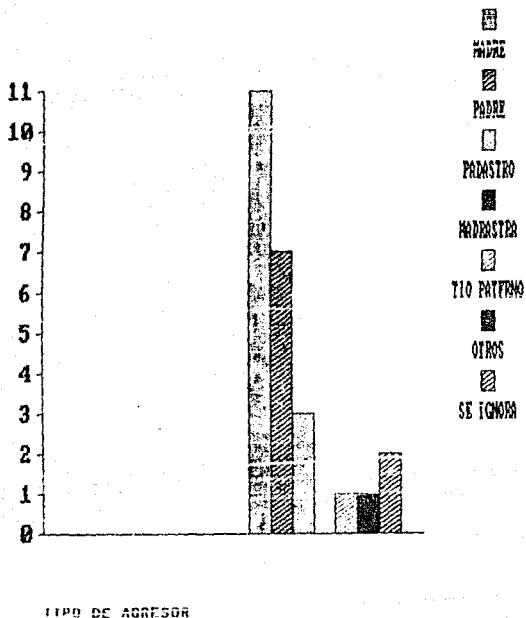
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



ALCOHOLISMO Y/O FARMACODEPENDENCIA EN LOS PADRES

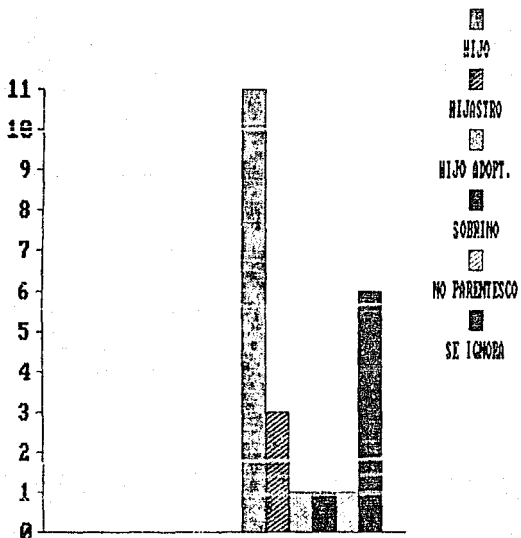
Fuente: Archivo clínico

HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NINO MALTRATADO



Fuente: Archivo clínico

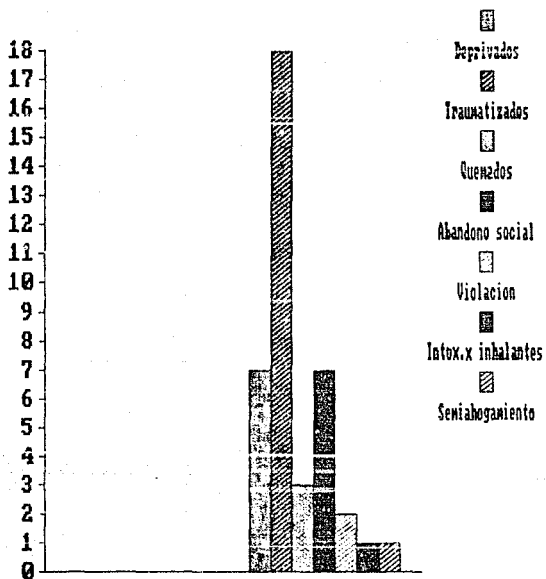
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



PARIENTESCO DEL AGRESOR CON EL PACIENTE

Fuente: Archivo clínico

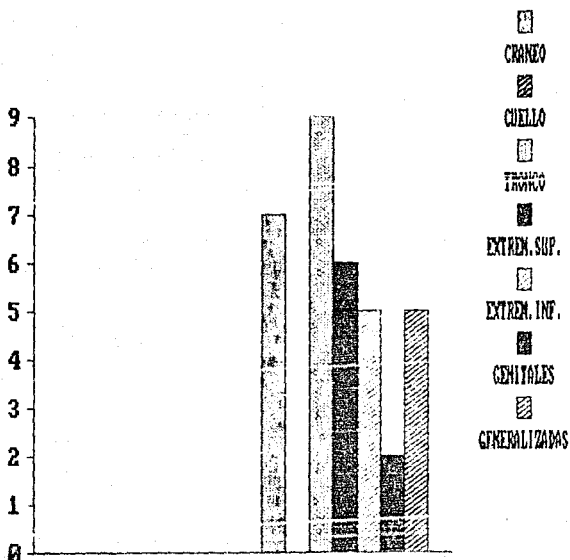
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NINO MALTRATADO



MECANISMO DE PRODUCCION DE LAS LESIONES

Fuente: Archivo clinico.

HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
SINDROME DE NINO MALTRATADO

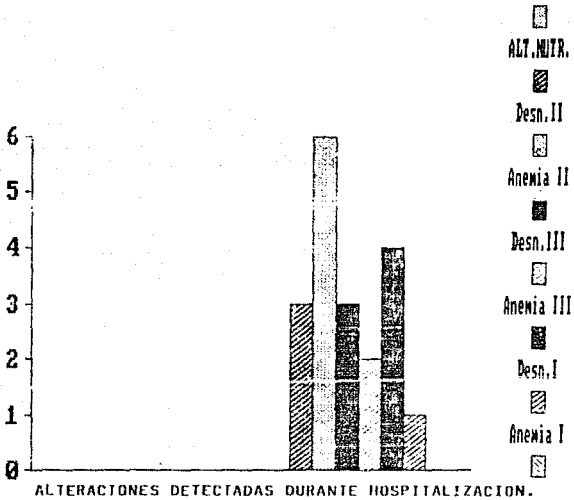


LOCALIZACION DE LAS LESIONES

Fuente: Archivo clinico

HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

SINDROME DE NINO MALTRATADO



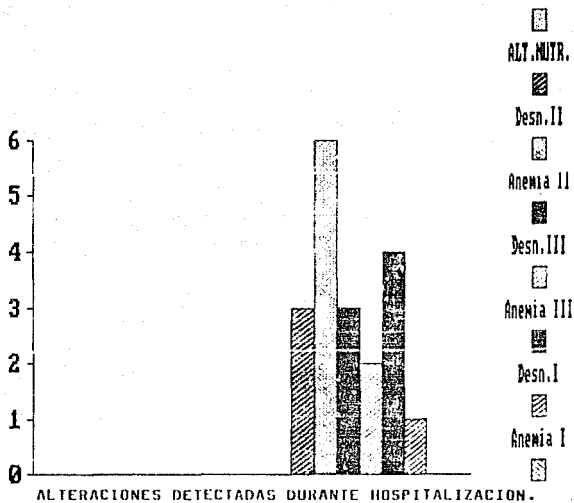
ALTERACIONES DETECTADAS DURANTE HOSPITALIZACION.

ALT. NUTR.

Fuente: Archivo clinico

HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

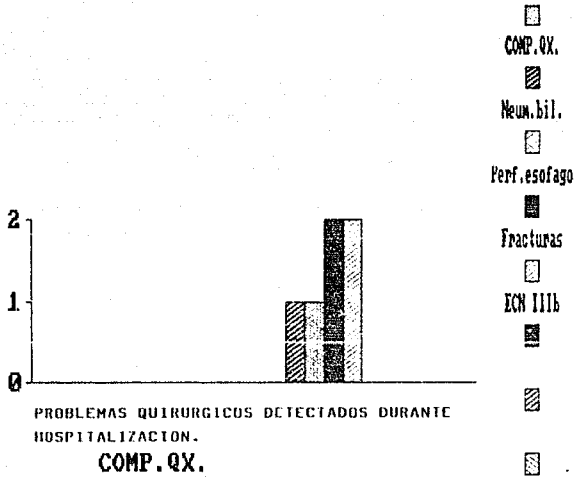
SINDROME DE NINO MALTRATADO



ALT. NUTR.

Fuente: Archivo clinico

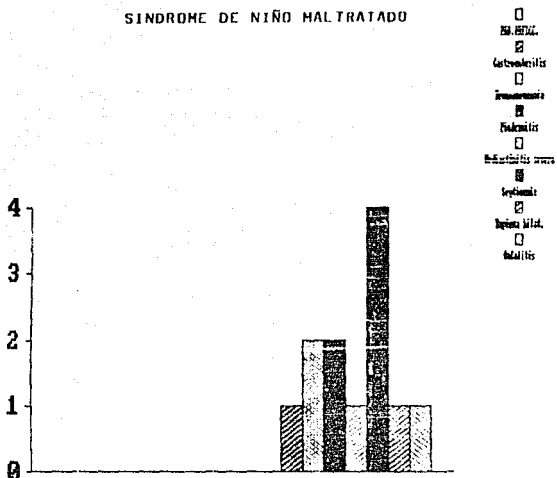
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA
 SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



Fuente: Archivo clinico

HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



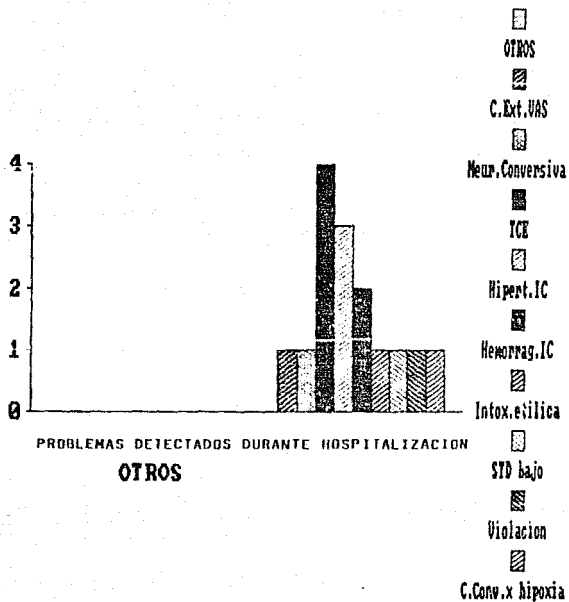
PROBLEMAS INFECCIOSOS DETECTADOS DURANTE HOSPITALIZACION.

PAD. INFECC.

Fuente: Archivo clinico

HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

SINDROME DE NIÑO MALTRATADO



Fuente: Archivo clinico