



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal

Dirección de Enseñanza e Investigación

Subdirección de Enseñanza Médica

Departamento de Posgrado

Curso Universitario de Especialización en

Cirugía Pediátrica

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO INTERVENCION QUIRURGICA DE URGENCIA

Trabajo de Investigación Clínica

P r e s e n t a :

DR. MAXIMO ROSARIO OSORIO

para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA

Director de Tesis: Dr. Carlos Baeza Herrera

1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
CONCLUSIONES	14
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	19

INTRODUCCION

El término Síndrome del Niño Maltrato (SNM) lo definió por primera vez Kempe en 1962 como: El uso de fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercida por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor (1).

Birrel RG y Birrel JH en 1968 lo definieron como. El -- maltrato físico y/o privación de alimento, de cuidados y de afecto, con circunstancias que implican que esos maltratos y privaciones no resultan accidentales (2).

El SNM comprende una gran diversidad de problemas: abuso o descuido físico, sexual (3) o emocional, aislados o en combinación (4).

Los malos tratos como se mencionó previamente provienen de los padres, padrastros o hermanos mayores y de cualquier persona cercana al niño, como puede ser algún ascendiente, amasío de los ascendientes, tutores, maestros, patrones (en su caso), sirvientes, personas en algunas formas incorporadas a la familia, en fin, cualquier persona cercana al niño (1,5).

Se puede decir que la existencia de malos tratos a los menores ha sido un hecho que se ha presentado y que se repite desde tiempos muy remotos (6).

Cuatrocientos años AC, Aristóteles expresaba "Un hijo o esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con su propiedad es injusto". En Grecia, Italia y muchos países de la antigüedad, el padre podía vender o matar a su hijo sin recibir el menor castigo (6).

En el siglo XVII la pérdida de las tres cuartas partes de los niños de una familia era común y por ende, la mortalidad infantil no se consideraba como algo insólito. En ese tiempo las formas para deshacerse de los niños eran tan simples como los cuidados; se creía que el calor maternal era benéfico para el niño y la madre generalmente dormía con él, de manera que era sumamente fácil para la madre ahogar o aplastar a su hijo, pudiendo argüir después que la muerte había sido un mero accidente. Otras veces "los envolvían tan apretados que parecían momias y muchas veces terminaban como tales". También era costumbre frecuente, entre las clases socioeconómicas inferiores lisiar o deformar a los hijos para causar lástima y posibilitar el ejercicio de la mendicidad de éstos, en beneficio de sus padres u otros explotadores (5,6).

En 1860 Tardieu, médico legista francés estudió este -- problema desde el punto de vista médico-social, escrito en un informe titulado Etude médico-legale sur les services et mauvais traitements exercés sur des enfants (5,6).

En 1871 se funda en NY, EUA la Sociedad para la Prevención de la Crueldad a los Niños, como consecuencia de que -- algunas personas bien intencionadas acudieron en ese entonces a la sociedad Protectora de Animales a solicitar auxilio para rescatar a la niña Mary Ellen de sus padres adoptivos, quienes la tenían sujeta a su cama con cadenas. Poco tiempo después se crearon sociedades semejantes en varios países (6,7,8,9).

Tuvo que pasar mucho tiempo para que se pusiera atención a este problema, y no fué sino hasta 1946 que Caffey -- radiólogo pediatra de EUA dió a conocer una investigación -- relativa a 6 lactantes en quienes se apreció un síndrome -- que presentaba hematoma subdural crónico y múltiples fracturas de huesos largos; él pensó en la posibilidad de que tales lesiones tuviesen un origen traumático que, en todo caso se había ocultado (10).

Las publicaciones en nuestro país referentes al tema -- son escasas y más aún el reporte de casos de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente por lesiones producidas -- por malos tratos.

Baeza HC y cols. reportan en 1986 cuatro casos de niños maltratados que requirieron cirugía de urgencia, los cuales fueron operados en un hospital de la DGSM del DDF (11).

Debido al escaso número de publicaciones médicas acerca de estudios hechos en pacientes intervenidos de urgencia -- por lesiones producidas por malos tratos; así como la alta frecuencia de casos que se operan en nuestra Institución, - han despertado en mí el interés de hacer una revisión de es te problema y conocer el número de casos operados en este - hospital.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de certeza de SNM que ingresaron a el Hospital Infantil de Inguarán de la DGSM del DDF en el período comprendido entre el 10. de marzo de 1986 al 30 de octubre de 1987, y fueron proporcionados por el Archivo clínico del hospital.

Se determinaron como criterios de Inclusión para éste estudio: La edad, comprendida entre los 0 a los 14 años; ambos sexos; que hayan sido intervenidos quirúrgicamente de urgencia por lesiones producidas por malos tratos.

Se distribuyeron por grupos de edad, a saber: Recién nacido; Lactantes; Pre-escolares; Escolares y adolescentes.

Con el fin de estudiar el lugar ocupado del paciente entre sus hermanos, se dividieron en: Hijo Único; Primogénito; Intermedio y Ultimo.

Se investigaron algunas características generales de la familia, nivel socioeconómico del agresor, su edad, estado civil (si fué el cónyuge), escolaridad; mecanismo de producción y localización de la lesión, órganos lesionados, días de estancia intrahospitalaria, lugar en donde se llevó a cabo la agresión (hogar, trabajo, escuela, etc.).

RESULTADOS.

Se estudiaron 12 pacientes operados y su distribución - de acuerdo a su grupo de edad y sexo fue de la manera como se muestra en el cuadro 1.

CUADRO I
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO
Recién Nacido	1	0
Lactante	1	0
Pre-escolar	7	3
Escolar y Adolescente	0	0
T O T A L	9	3

Como vemos en el cuadro anterior el grupo pediátrico -- más afectado es el pre-escolar siendo 10 casos (83.3%).

Al realizar la contrastación entre las proporciones observadas en función del sexo, encontramos que el sexo masculino es el más afectado, con 9 casos (75%).

En el cuadro 2 se muestra que el agresor de los pacientes estudiados fué principalmente el padrastro (6 casos). De los investigados tres fueron agredidos por el padre, en otros dos fue la madre y en uno su patrón.

La edad del agresor femenino se estableció solamente en un caso, siendo de 18 años. De los 9 agresores del sexo masculino se obtuvo la edad únicamente en 2 casos, siendo ambos de 24 años de edad. En el resto no fué posible obtener este dato.

Por otra parte al estudiar la relación entre el sexo del agresor y del agredido, encontramos que la madre maltrató a 2 varoncitos y ninguna niña. Las niñas lesionadas fueron agredidas por el padrastro en dos casos y por el padre en un caso. El agresor masculino lesionó a 7 niños, de estos 2 fueron por el padre, cuatro por el padrastro y uno por su patrón.

CUADRO 2

GRUPO DE EDAD DEL AGREDIDO Y PARENTESCO DEL AGRESOR.

EDAD	MADRE	PADRE	PADRASTRO	OTROS
Recién nacido	1	0	0	0
Lactante	0	0	1	0
Pre-escolar	1	3	5	1
Escolar y Adolescente	0	0	0	0
T O T A L	2	3	6	1

El cuadro 3 muestra el grado de escolaridad del agresor. Se encontró un padre y 2 padrastros con primaria incompleta. Una madre con primaria completa y un padrastro con secundaria completa. Cabe hacer notar que no fué posible obtener estos datos en 7 de los casos.

CUADRO 3

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES O AGRESOR.

	PADRE	MADRE	PADRASTRO	OTROS
Nula	0	0	0	0
Primaria incompleta	1	0	2	0
Primaria	0	1	0	0
Secundaria	0	0	1	0
Desconocido	2	1	3	1
T O T A L	3	2	6	1

El estado civil de los progenitores se presenta en el cuadro 4. Encontramos que en 4 casos existía unión libre, - la madre soltera se observó en un caso y en los 7 casos resultantes se desconoce el dato.

Como podemos observar en la mayoría de los casos se -- desconoce su estado civil y en los casos conocidos el que - se ve con más frecuencia es la unión libre.

CUADRO 4

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.

	Núm. de casos.
Unión libre	4
Solteros	1
No especificado	7
T O T A L	12

Obtuvimos la información sobre el lugar ocupado por el paciente entre sus hermanos, únicamente en 5 casos de los estudiados. Como muestra el cuadro 5, encontramos 2 casos de hijo único, 2 de intermedio y un caso de hijo último, siendo todos del sexo masculino. En 7 casos se desconoce este dato, únicamente que de estos, 6 son pre-escolares y un lactante. Como se había mencionado previamente el grupo más afectado es el de los pre-escolares.

CUADRO 5

LUGAR DEL AGREDIDO ENTRE SUS HERMANOS

	RN	Lactantes	Pre-escolar	Escolar y adoles.
Unico	0	0	2	0
Primogénito	0	0	0	0
Intermedio	0	0	2	0
Ultimo	1	0	0	0
Desconocido	0	1	6	0
T O T A L	1	1	10	0

En lo referente al mecanismo de producción de la lesión encontramos 10 casos de trauma directo aplicado en abdomen, un caso en que se le azotó contra pared y piso y un caso en que se le aplicó por el recto aire a presión con una compresora. Como podemos apreciar la forma más común de agresión a los menores es golpeando con puños o pies en abdomen.

En el cuadro 6 se muestra la localización de las lesiones. Se observan 10 casos con lesión de órganos intra-abdominales, un caso con lesión intracraneana y un caso con lesión en tórax e intracraneana.

CUADRO 6

LOCALIZACION DE LAS LESIONES.

	Núm. de casos
Cráneo	2
Abdomen	10
Tórax	1
Combinadas	1

Por lo que respecta al órgano lesionado encontramos (cuadro 7) el más afectado al yeyuno con estallamiento de su porción proximal en 4 casos (3 varones y una niña), en cráneo encontramos 2 con hematoma subdural, ambos del sexo masculino. El desgarró de mesenterio se presentó en 2 casos, ambos del sexo masculino. El estallamiento de colon lo observamos en 3 casos, 2 varones y una niña, de estos últimos cabe hacer mención que encontramos a un recién nacido de 7 días de edad que fue golpeado con el pie por su madre. Se observaron 2 casos con estallamiento de duodeno, un niño y una niña. El páncreas, ileon y pleura se lesionaron en un caso respectivamente.

La presencia de más de un órgano lesionado en un mismo paciente se observó en 4 casos.

Cabe hacer mención que únicamente en 2 casos se observaron lesiones dérmicas y óseas antiguas y en un caso se encontró además de las lesiones producidas por agresión, cardiopatía congénita y luxación congénita bilateral de cadera.

CUADRO 7

ORGANOS LESIONADOS EN PACIENTES SEGUN EL SEXO

	M	F
Cráneo	2	0
Pleura	1	0
Duodeno	1	1
Páncreas	0	1
Yeyuno	3	1
Ileon	1	0
Colon	2	1
Mesenterio	2	0
T O T A L	12	4

El promedio de días de estancia intrahospitalaria fué de 16.8 ± 13.2 días (\pm desviación estándar).

El tratamiento quirúrgico llevado a cabo en los pacientes fué el siguiente:

A un paciente con hematoma subdural se le realizó cráneo

tomía con aspiración del mismo, evolucionando posteriormente en forma satisfactoria, egresándolo a su nuevo domicilio en buenas condiciones. El otro paciente con hematoma subdural cursaba además con neumotórax derecho a tensión realizándosele toracotomía y colocación de sello de agua. El paciente murió 2 horas después de ingresar al servicio de urgencias.

A los 2 pacientes con estallamiento de duodeno se les practicó cirre primario y gastrostomía. Ambos fallecieron dentro de las 24 horas siguientes a la intervención.

De los 5 pacientes que presentaron estallamiento de yeyuno e ileon, 2 tenían lesión mesentérica importante. A todos se les realizó resección intestinal y anastomosis primaria con reparación del mesenterio lesionado. En todos los casos la evolución postquirúrgica fué satisfactoria.

Por lo que respecta a los pacientes que presentaron estallamiento de colon, a uno se le realizó resección de colon transverso izquierdo y colostomía; a los otros 2 casos se les practicó cierre primario y colostomía. Todos evolucionaron adecuadamente.

Como vemos el 25% (3 casos) de los pacientes estudiados murieron, siendo 2 del sexo masculino y uno del sexo femenino.

En los tres pacientes que fallecieron se observó que el deceso ocurrió durante las primeras 24 horas de haber ingresado al hospital.

CONCLUSIONES

El abuso y el maltrato son resultado de la interacción de cuatro factores: Niño que según sus padres, es difícil de tratar o criar; familia aislada; progenitor que tiene la capacidad de maltratar o abusar; y una o varias crisis que desencadenan el hecho.

En promedio dos terceras partes de los casos de abusos físicos o abandono en niños se observan en pequeños menores de 3 años, y el 33% restante ocurre en escolares o con mayor frecuencia, niños en los comienzos de la adolescencia. En el presente estudio se observa con una frecuencia del 83.3% el abuso en pacientes pre-escolares.

La niña de la que con mayor frecuencia se abusa sexualmente es la escolar; 10% de los abusos de esta índole se observan en varoncitos. Nosotros encontramos 18 casos de abuso sexual, pero en ninguno se demostró quien fué el agresor.

Los adultos que maltratan, abusan y descuidan a sus hijos, provienen de todos los niveles socioeconómicos y diversas culturas. Los efectos destructivos de la violencia, la pobreza y la privación en adultos son factores innegables (12,13), pero el maltrato a los hijos no se limita a padres pobres. Los estudios demográficos en EUA señalan al igual que en ésta revisión que los padres abusivos y maltratantes tienen entre 20 y 30 años de edad. La madre suele interve-

nir en el maltrato de los niños de corta edad, y el padre es quien abusa sexualmente de las niñas. En nuestro estudio encontramos a el padrastro como el causante del 50% de los casos (6), y el padre en 3 casos.

Diez a veinte por ciento de los padres abusivos son psicóticos o sociópatas, lo cual hace que los hijos en el hogar están expuestos al enorme riesgo de sufrir un nuevo ataque. Muchos progenitores al ser interrogados, señalan el antecedente de que fueron objeto de abuso o abandono cuando niños.

Aproximadamente 15% de niños hospitalizados en EUA por maltrato tienen lesión intratorácica o intra-abdominal (12,13).

En 1968 Touloukian reporta 10 pacientes con lesiones intra-abdominales de 244 niños maltratados de los cuales el órgano más afectado fué el hígado (3, uno falleció), hematoma o desgarró duodenal (2), riñón (1), desgarró mesentérico (1), ruptura yeyunal (1), lesión pancreática (1) y perforación rectal (1). (12). De los 12 pacientes estudiados se observó en comparación con este estudio que el órgano lesionado con más frecuencia fué el yeyuno (4), el colon, duodeno y mesenterio le siguen en orden de frecuencia. Otros autores reportan a el hematoma intramural de duodeno como la forma más común lesión intra-abdominal (14).

Talbert y Felmer refieren que en EUA el cirujano pediatra atiende más niños maltratados que con apendicitis aguda (15).

La lesión visceral sea torácica o abdominal debe ser -- buscada afanosamente por que es la segunda causa de muerte. Habitualmente, dichas lesiones se localizan en las estructuras subdiafragmáticas, a saber: perforación de intestino o de estómago, estallamiento de bazo, secundaria a patada, -- También se ha reportado la presencia de hemotórax, neumotórax y traumatismo cardiaco (16,17).

Como con el abdomen, el trauma torácico deliberado es -- generalmente por un mecanismo demasiado fuerte. Las lesiones más comunmente vistas son neumotórax, contusión pulmonar y hemomediastino resultando de la compresión aguda del tórax.

Existen señalamientos de que en EUA fallecen aproximadamente 8% de los niños agredidos y en Inglaterra de 10 a 17% (18). Marcovich reporta una mortalidad del 55.2% en sus casos estudiados (19). La frecuencia observada en nuestros pacientes estudiados fué del 25%, pero recordemos que éstos -- son en su totalidad pacientes que fueron sometidos a cirugía urgente.

La primera medida que necesita emprender el cirujano para identificar al niño maltratado, es pensar en este hecho

y en el diagnóstico. El niño no señalará absolutamente nada del abuso y los padres que lo llevan en busca de asistencia médica por lo regular lo hacen por la noche, y lo único que señalan es que se hizo daño él mismo.

Los datos del interrogatorio son útiles para decidir si las lesiones son accidentales o resultado de abuso. La anamnesis en la sala de urgencias suele ser breve, y los datos a veces son demasiado concretos como "contusión en el dorso", "se cayó y lesionó la pierna", con una raquítica descripción de la lesión.

Una combinación de lesiones en piel, anemia, vómito y dolor y distensión abdominal sugieren la posibilidad de lesión intra-abdominal por maltrato. Desafortunadamente, el diagnóstico es hecho tardíamente, porque el trauma es generalmente ocultado por los padres.

Las muertes por maltrato ocupan en EUA el segundo lugar después del síndrome de muerte repentina del lactante menor de 6 meses de edad y de accidentes en niños de mayor edad. Existe 50% de posibilidad de que surja de nuevo el incidente si los médicos y las autoridades no incluyen a la familia en las medidas correctoras.

Lo que se pudo observar en algunas familias es que muestran anomalías en los vínculos de afecto con sus hijos. El paciente puede ser prematuro, uno de dos gemelos, incapaz nacido o muy enfermo en las primeras semanas de la vida, -- factores que trastornaron el vínculo entre los padres y el niño y el proceso de unión afectiva.

Como se sabe el maltrato físico a los niños ha existido siempre, las repercusiones que los mismos tienen en los infantes y las alteraciones psicológicas han sido de reciente preocupación y estudio.

La existencia de malos tratos a los niños es un problema de profundas repercusiones sociales, médicas, jurídicas y éticas que requieren de conocimientos y soluciones inmediatas, en virtud de que su magnitud es mayor de lo que se puede pensar en razón de los hechos conocidos.

REFERENCIAS

1. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF y col: The Battered -- child syndrome, JAMA 1962; 181:17-24.
2. Birrel RG, Birrel JH: The maltreatment syndrome of child. Pediatrics 1968; 43:740-4.
3. Herjanic B and Wilbois R: Sexual abuse of child, 2nd -- Edition and management. JAMA 1978; 239:331-3.
4. Fontana VJ, Donovan D and Wong RJ: The "Maltreatment Syn-
 drome" in children. N. Engl. J. Med. 1963; 269:1389-94.
5. Osorio NC. El Niño Maltratado. 2a. ed. Méx.; Ed. Trillas
 1985.
6. Solomon T.: History and demography of child abuse. Pedi
 trics 1973; 51:772.
7. De Mause L: Our Forebeares made childhood a nightmare.
 Psychology Today. Apr. 1975; 85-98.
8. Schimitt BD, Bross D, Carrol C. Gray J, Kempe TC, and -
 Lenherr M.: Guidelines for the hospital and clinic mana-
 gement of childhood abuse and neglect. US Dept. of ----
 heath, Education and Welfare, Publication No. (OIID) 79-
 30167. Washington, D.C.: Goberment printing office, Aug.
 1978.
- 9.- Silver LB, Dublin CC, and Lourie RS: Child abuse syndro-
 me: "The gray areas" in establishing the diagnosis. Pe-
 diatrics 1969; 44:594-600.

10. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infantè suffering from chronic subdural hematoma. Am J. Roentgenol Radium the 1946; 56: 163-73.
11. Baeza HC, Hoque S. James SM y Franco VR.: Síndrome del Niño Maltratado. Espectro de un problema. Bol Med. Hosp. Infant. Méx. 1986; 43:71-7.
12. Touloukian RJ: Abdominal visceral injuries in battered children. Pediatrics. 1968; 42:642-6.
13. Mc Cort J, Vaudagna J.: Visceral injuries in battered children. Radiology. 1964; 82:424.
14. Woolley NM, Mahour GH, Sloan T.: Duodenal hematoma in infancy and childhood: Changing etiology and changing treatment. AM. J. Surg. 1978; 136:8.
15. Talbert JL and Telmer AH: Identification and treatment of toracoloumbar injuries in "battered children" South. Med. Bull. 1970; 58:37-43.
16. Philappart AI: Blunt abdominal trauma in childhood. Surg Clin North AM 1977;57:151-63.
17. Mayer T, Walker MI, Johnson DG y col. Causes of Morbidity and Mortality in severe pediatric trauma. JAMA 1981; 245: 719-21.
- 18.- Department of Child Heath University Newcastle-upon-Tyne: Non Accidental injury in children. A guide on management. Br Med. J. 1973; 4:656-60.
- 19.- Marcovich KJ: Tengo Derecho a la Vida. Prevención e identificación del niño maltratado. México: Editores Mexicanos Unidos, 1981.