

CIRUGIA INFANTIL

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO (SNM)

Dra. Carmen G. Rosti6n A.*, Sra. Mirta Lillo*, Dr. Carlos Giugliano V.*,
Dr. Guillermo Corre6a D.* y Dr. Gustavo Aldunate N.*

RESUMEN

Los ni1os han sido v6ctimas de abuso por parte de los mayores durante siglos. S6lo en los 6ltimos 40 a1os se ha comenzado a difundir como un problema p6blico mayor.

Se analizan 33 casos de ni1os ingresados al Hospital Roberto del R6o por diagn6stico de S6ndrome del Ni1o Maltratado entre 1982 y 1989.

Encontramos que 22 eran mujeres y 11 varones. El promedio de edad fue de 4,4 a1os. Los menores de 1 a1o constituyeron el 35%.

Las lesiones var6an desde leves a graves.

El castigo fue impartido en 93,9% de los casos por uno o ambos padres.

Luego del tratamiento m6dico de cada caso y la investigaci6n legal pertinente, 78% de los ni1os regresan al hogar de origen o al de alg6n pariente cercano, lo que significa que podr6an seguir siendo maltratados.

Aunque los ni1os han sido v6ctimas del abuso de los mayores durante siglos, s6lo recientemente esta situaci6n se ha difundido como un problema p6blico mayor.

En 1940 el Dr. Caffey describi6 un interesante fen6meno en un grupo de ni1os con hematoma subdural que ten6an evidencias de fractura de huesos en varias partes del cuerpo y plante6 la posibilidad de que fuese de origen traum6tico². Basado en esta experiencia, Henry Kempe en 1962^{1, 2, 5} us6 por primera vez el t6rmino S6ndrome del Ni1o Maltratado, pero describi6ndolo s6lo en un 6rea de todo el espectro de este abuso. En 1963, el Dr. Fontana,

SUMMARY

Children have been victims of adults abuse for centuries. Only in the past four decades it has been recognized as a public health problem.

Thirty-three children were admitted in Hospital Roberto del R6o with diagnosis of battered child between 1982 and 1989; of these, 22 were girls and 11 boys, with an average age of 4.4 years old. 35% were under 1 year old.

The abuse was done in 93.9% by one or both parents.

After medical treatment and legal procedures, 78% of the children return home or to a near relative home, which implicans that they eventually could be battered again.

concibi6, junto al concepto de maltrato f6sico, el maltrato emocional, la negligencia, el abandono y el abuso sexual^{1, 2}.

En una encuesta hecha por la OMS con motivo de conocer la cantidad de ni1os maltratados, el promedio en los pa6ses que contestaron fue de 250 ni1os golpeados por 1.000.000 habitantes. Chile reconoci6, a trav6s del Ministerio de Justicia, que aproximadamente 700 ni1os eran v6ctimas de abuso anualmente.

Seg6n el Instituto Nacional de Estad6stica, cada a1o mueren alrededor de 150 ni1os, menores de 5 a1os, ahorcados, por armas de fuego o apu1alados, y es probable que, por la edad, estos hechos ocurran dentro de su hogar y sean cometidos por familiares m6s que por extra1os. Adem6s, todos los a1os mueren en Chile alrededor de 700 ni1os por causas

* Servicio Cirug6a Pediat6rica, Hospital Roberto del R6o.
* Asistente Social, Hospital Roberto del R6o.

ignoradas. Es probable que en este grupo haya muertes súbitas o muertes por causas biológicas, o enfermedades no conocidas, pero es posible que también haya una cuota de niños asesinados.

Obviamente pediatras, enfermeras y cirujanos infantiles representan la primera línea de ataque en este problema y la primera línea de defensa para el niño³.

De la revisión de la literatura se podría definir al niño maltratado dentro de un amplio espectro de obras y omisiones por parte de los padres y personas responsables del menor, como el que presenta evidencias clínicas o radiológicas de lesiones e incluyendo además maltrato físico, deprivación materna, mal nutrición, negligencias en la vestimenta, higiene, educación y controles médicos, maltrato emocional y abusos sexuales^{2,5}.

Es para el médico, debido a su formación, muy poco atractivo hacer el papel de policía e interrogar a los padres como si estuviesen investigando un crimen. Pero si frente a las sospechas de maltrato a un niño el facultativo no da parte a la justicia, incurre en delito penal. Si la sospecha no es confirmada, la ley protege al médico de demandas civiles por esta causa, estimando que ha actuado de buena fe^{4,5}.

Evidentemente que la sospecha ante un caso como éste permite proteger al niño y evitar que un futuro episodio de abuso contra el pequeño pueda tal vez ser homicidio.

MATERIAL Y METODO

Con el objetivo de hacer un protocolo que nos permita en el futuro caracterizar no sólo el cuadro clínico, sino su entorno de manera que podamos sensibilizarnos y agudizar nuestra capacidad de sospecha de abuso frente a un paciente que nos consulta, hicimos la siguiente investigación.

Se revisaron las historias clínicas de los casos de SNM notificados en el Hospital Roberto del Río entre 1982 y 1989.

RESULTADOS

Encontramos que de 33 niños maltratados 22 eran mujeres y 11 varones; la edad fluctuó entre 1 día y 14 años con x 4.42 - con una mediana de x 3.9 años. Los menores de un año constituyeron el 35% (11/33).

Los pacientes fueron ingresados por SNM en su totalidad. Las consultas fueron hechas por vecinos¹⁰, madre⁸, carabineros⁶, educadora de párvulos³, otro familiar⁴, niño afectado¹, ambulancia¹. Los tipos de

lesión y las regiones afectadas se resumen en la figura 1

En la revisión de la anamnesis remota encontramos 9 casos (27%) de diagnósticos hechos en consultas previas y atribuidos a enfermedades de origen probablemente funcional (Tabla Nº 1). De acuerdo a la investigación hecha por la asistente social, el castigo a este grupo de pacientes fue impartido en el 93.9% de los casos por algunos o ambos padres (28/33). En un caso fue el hermanastro, en 2 el padrastro, en 1 hermano y 1 tío.

Las niñas son más castigadas que los niños, en una relación 2:1 y es la madre quien más castiga al sexo femenino (Tabla Nº 2).

Las lesiones encontradas varían desde leves a graves (Figura Nº 1), siendo las extremidades las regiones anatómicas más afectadas, con hematomas y fracturas.

Quemaduras, contusiones tórax y abdomen y asfixias por inmersión con una frecuencia menor que las anteriores, constituyen el grupo de lesiones que pueden comprometer la vida por sí solas. Otros hallazgos menos impactantes pero que también constituyen parte del SNM se muestran en la Tabla Nº 3.

Los padres tenían antecedentes de alcoholismo⁷, drogadicción³, problemas psiquiátricos⁴ y policías³.

Luego de la hospitalización e investigación socio-legal de cada caso, 13 niños regresaron a su hogar de origen, 7 al hogar de otro familiar cercano y 13 a colocación familiar.

COMENTARIO

Al igual que en otras series publicadas, el promedio de edad fue de menos de 4 años, con una relación 2:1 niña:varón. Esta relación no se menciona en otras series.

Las manifestaciones clínicas del SNM varían ampliamente desde lesiones imperceptibles hasta aquellas que terminan con la muerte o el daño irreversible para el paciente.

El diagnóstico es responsabilidad del médico y no debe sospecharse sólo cuando el paciente llega con evidencias alarmantes de maltrato, sino antes, frente a un niño en malas condiciones generales de higiene, nutrición, con estimulación emocional pobre, que ha consultado previamente por dolores o afecciones de origen funcional o cuya historia no es concordante con el daño físico encontrado, o cuando los padres o personas a cargo se muestran reticentes a dar información o reaccionan en forma inapropiada frente a

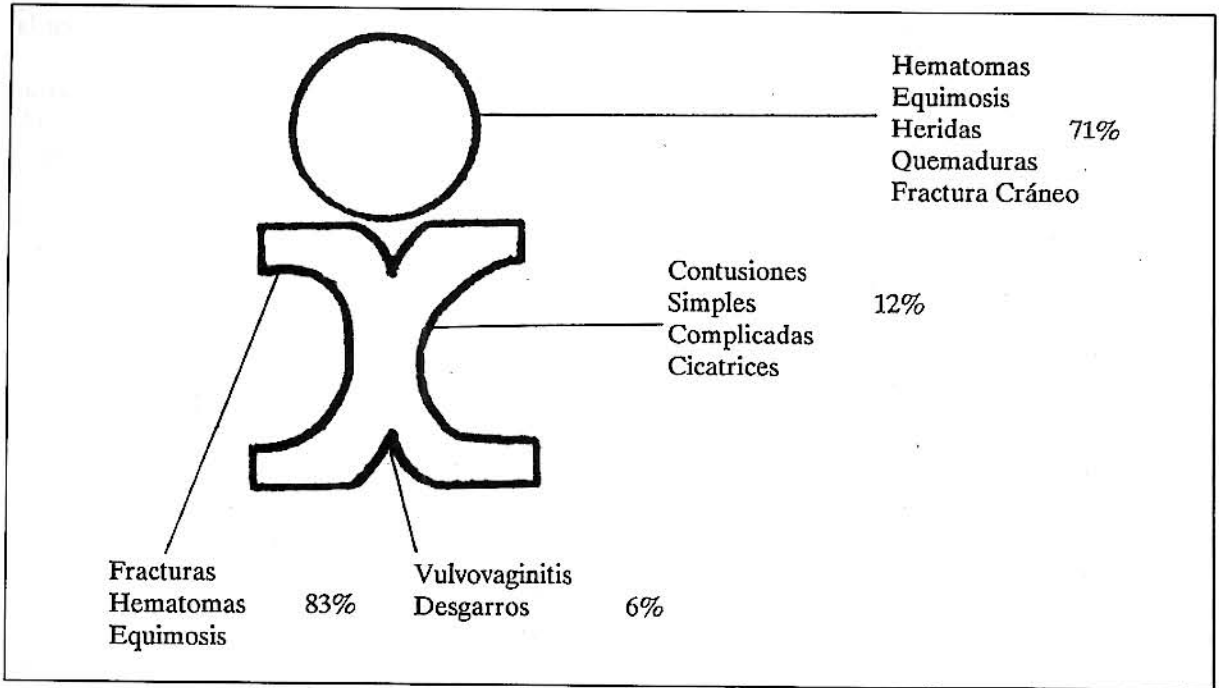


Figura Nº 1: Tipo de Lesiones y Regiones Anatómicas Afectadas en 33 niños maltratados

Tabla Nº 1
Motivos de consultas previas en 33 niños maltratados durante 7 años

	N
Asma Bronquial	5
Dolor Abdomen Funcional	2
Enuresis	2
Dislalia	2
Tricofagia	2

Tabla Nº 2
Agresor según sexo del niño maltratado

	Varón (n=11)	Niña n=22)
Padre	6	3
Madre	2	9
Ambos Padres	1	6
Otro familiar	2	3
Extraño	-	1

Tabla Nº 3
Otros signos en 33 niños maltratados

	N
Cicatrices antiguas	6
Desnutrición pluricarenal	4
Parasitosis	4
Vulvovaginitis	2
Alopecias	2
Síndrome niño del cajón	1
Intoxicación por fármaco	1
Falta estimulación	2
Hipotermia	2

la gravedad de las lesiones del niño, sin olvidar que pueden existir antecedentes de disfunción familiar, psiquiátricos, alcohólicos, de drogadicción y policiales presentes en los padres de estos niños.

Al examen físico existe gran variedad de lesiones en cuanto a severidad como a distribución de éstas; sin embargo, encontramos algunas más frecuentes que otras, como hematomas en cara y extremidades,

pr6cticamente en el 100% de los casos, fracturas especialmente de huesos largos tanto nuevas como antiguas en 80%. Las lesiones menos graves aparecen menos consignadas probablemente porque el m6dico no las atribuye al mismo s6ndrome, como: desnutrici6n, parasitosis, vulvovaginitis, intoxicaci6n por f6rmacos, cicatrices antiguas o ni6o hipoestimulado, que pueden ser signos de descuido materno.

Ante la sospecha de s6ndrome de ni6o maltratado deberemos hospitalizarlo y preocuparnos de que a trav6s del Servicio de Asistencia Social o del aviso inmediato a Carabineros, solicit6ndoles se presenten en el centro hospitalario correspondiente, el curso policial necesario quede establecido.

Sin embargo, la cadena que une al ni6o con la posibilidad de protecci6n es d6bil y los ni6os regresan al hogar de origen en 31% de los casos y en otro porcentaje similar lo hacen al de un familiar cercano, lo que representa un 78% de ni6os que pueden volver a ser maltratados. Esto 6ltimo debido a que la justicia chilena es punitiva y no rehabilitadora.

Es posible que una o m6s consultas por estas causas vuelvan a ser hechas, pero en otros hospitales,

y por lo tanto no conocemos la magnitud real del problema.

Creemos que el trabajo cooperativo de todos nuestros hospitales y la puesta en pr6ctica de un protocolo prospectivo confeccionado sobre la base de los datos aqu6 presentados nos aportar6a un mayor conocimiento de este s6ndrome y nos ayuda a contribuir al respeto del principio N6 10 de la Declaraci6n de Derechos del Ni6o⁶, cuya salud y bienestar es lo que da sentido a nuestra especialidad.

REFERENCIAS

- 1.- Fontana Vincent. The maltreatment syndrome of children. *Pediatric Annals* 1984; 13: 736-744.
- 2.- Levine Milton. Child abuse: An Endermic Problem. *Pediatric Annals* 1984; 13: 728-733.
- 3.- Dubowitz Howard. Pediatrician's Role in Preventing Child Maltreatment. *The Ped clinics of N.A.* 1990; 37: 989-1002.
- 4.- C6digo Penal. Art6culo 494. P6rrafo 96.
- 5.- Kottmeier Peter. The Battered Child. *Pediatric Annals* 1987; 16: 343-351.
- 6.- Declaraci6n de los Derechos del Ni6o. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviem-