

REVISIÓN DE TEMA CIENTÍFICO

**GUIA PARA DIAGNOSTICO Y MANEJO
DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE
ABUSO FÍSICO**

*José Antonio Samra V**

INTRODUCCIÓN

El abuso físico constituye parte del conglomerado de acciones lesivas en contra de la niñez, conocidas como maltrato Infantil. El resto de este conglomerado de abusos cometidos en contra de la niñez se tipifican como abuso sexual, abuso emocional y la negligencia paterna. (1)

El abuso físico infantil, tiene una incidencia mundial, desconocida con exactitud. Muchos casos generalmente no son reportados por el temor a las represalias por parte del agresor o porque generalmente el agresor es un miembro de la misma familia.

Al abuso físico infantil, usualmente lo suele acompañar un breve período de negligencia por parte del agresor o de la familia. Este generalmente se observa en el hogar asociado a episodios de violencia doméstica, depresión materna, uso de sustancias (alcohol o drogas), familias socialmente aisladas y problemas conyugales de los padres. (1)

El abordaje de un niño con sospecha de abuso es usualmente complejo y requiere un conocimiento íntimo del desarrollo humano, un entrenamiento especial y debe ser considerado como una urgencia siquiátrica.

El examen físico es fundamental para proveer signos de maltrato físico, pero la seguridad del niño es la primera prioridad y de acuerdo al Código de la Niñez, todos los médicos estamos obligados a reportar estos casos de maltrato físico a la Fiscalía del Menor, a través de las oficinas de asesoría legal de nuestros hospitales. (1)

***Pediatra Sala de Lactantes.- Departamento de
Pediatria,- Hospital Escuela**

La sospecha de maltrato físico se debe de investigar cuando exista una historia inconsistente o inadecuada a una injuria, una respuesta paterna inadecuada, retraso en la búsqueda de ayuda medica, discrepancia entre el mecanismo de la lesión y los hallazgos del examen físico. (2)

Si existen eventos anteriores o se comprueba uso de sustancias o drogas por los padres, esto agravara aun más las cosas y la seguridad del menor puede continuar en riesgo. Al reportar estos casos al departamento de asesoría legal del hospital, tendremos que hacerlo con letras legibles, despacio y documentando lo siguiente: la historia reportada y la historia sospechada, el mecanismo de la lesión, cualquier historia dada por la víctima en sus propias palabras (entrecomillas), Las declaraciones de testigos, los dibujos de las lesiones y de ser necesario haciéndoles los detalles más mínimos de las dimensiones, color, forma y textura de las lesiones. (3)

Este artículo de revisión tiene como fin solo analizar el abuso físico.

INCIDENCIA

Se estima que el abuso infantil ocurre en 19/1000 niños entre la edad de 3-17 años. El abuso sexual acompañado de maltrato físico se estima en 300, 000 nuevos casos cada año. (1,4)

DEFINICIÓN

El abuso físico infantil se define internacionalmente como cualquier forma de maltrato físico en forma intencional hacia un menor de edad, producido por una persona mayor

de edad o por otro menor pero de mayor edad que la víctima y con capacidad de análisis y raciocinio en donde existe alevosía y premeditación. (4)

LA ELABORACIÓN DE LA ENTREVISTA

Cuando tengamos que entrevistar a un niño en que sospechemos abuso o maltrato físico, siempre debemos preguntar como ocurrió la lesión que nos hizo pensar en maltrato físico, incluyendo la secuencia de los eventos, personas presentes y los retrasos que se presentaron antes de buscar atención médica. Hay que copiar textualmente la explicación de los padres de cada hallazgo físico encontrado. Si el niño es mayor de 2.5 a 3 años de edad, se deberá tomar la historia propia del mismo niño en otro lugar, aislado de sus padres y compararla con la versión de los padres. (5,6)

Hay que usar traductores adultos que no sean amigos o parientes del niño en caso de haber una barrera en cuanto al lenguaje. (6)

Hay que obtener una bien detallada historia sobre la alimentación, sueño y conducta del paciente en las ultimas 48 horas. Hay que interrogar por historia de falta de crecimiento, muerte de otro hermano, o antecedentes de abuso físico previo hacia otro hermano o de algunos de los padres. (6)

LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO

En el examen físico hay que documentar cualquier moretón encontrado, indicando el sitio exacto de localización del mismo, así como su tamaño, forma y color; hay que tratar de comparar si la forma de los moretones es similar a cualquier objeto conocido. Hay que prestar bastante atención al cráneo, retina, pabellones auriculares, cavidad oral y genitales, en busca de signos de trauma oculto. En casos severos se deberán toma fotografías a colores para tener recuerdos más exactos. (4,6)

Hay que palpar todos los huesos en busca de dolor o hipersensibilidad y además probar las articulaciones para evaluar la adecuada movilidad de la misma. Un cambio súbito e inexplicable en el nivel de conciencia o signos de focalización

neurológica, deberán hacernos sospechar abusó físico por trauma de la cabeza, aún en niños lactantes que no haya evidencia de signos de trauma externo (esto ocurre en el síndrome de sacudida.) Hay que revisar cuidadosamente los antecedentes médicos y quirúrgicos del niño en forma apropiada, sin importar la causa.

Debemos hospitalizar en sala al niño mientras el trámite social y legal se cumple o en la emergencia en caso de que el niño presente injurias severas y amerite vigilancia estricta.(5,6)

Es importante tener en cuenta que existen enfermedades orgánicas sistémicas que pueden semejarse a un abuso físico. Como ejemplo podemos citar el ámbito de huesos fracturados, (se pueden observar en osteogénesis imperfecta, sífilis congénita y acondrodisplasia metafisiaria); a nivel de lesiones en la piel (podemos ver Lesiones similares en diátesis hemorragia, manchas mongólicas, impétigo buloso y púrpura), a nivel de daño del cráneo podemos ver cambios neurológicos y focalización en meningitis y sepsis.(5,6)

Una vez hecha la anamnesis y el examen físico, debemos determinar el patrón o tipo de injuria (hallazgo clínico).

Este se puede clasificar como:

- a) Moretones o trauma de tejido blando
- b) Trauma óseo o limitación del momento
- c) Trauma abdominal
- d) Trauma de cabeza o signos neurológicos.

Es importante también descartar previamente cualquier discrasia sanguínea, mediante la realización de un screen de la coagulación, en especial si el caso pudiese llegar al juzgado o si Los parientes niegan haber inflingido daño alguno y argumentan que el niño presenta simplemente fragilidad capilar cada vez que se golpea espontáneamente. (6)

El screening de La coagulación incluirá un conteo de plaquetas, tiempo de sangrado, tiempo de trombo plastina parcial, tiempo de protombina> tiempo de trombina, nivel de fibrinógeno. (Los dos últimos son opcionales).

Al tener estos resultados podemos concluir dos posibilidades: moretones por abuso físico o desordenes de la coagulación (por enfermedades sistémicas). En caso que encuentre trauma óseo o limitación del movimiento { el cual se halla con una frecuencia del 11% al 55% de los niños físicamente maltratados,} se deberá realizar radiografías de todo el esqueleto, en especial en niños pequeños los cuales son más vulnerables. (6,7)

Como norma es recomendable hacer una serie radiológica completa en niños menores de 2 años de edad. Entre los 2 y 5 años solo se pedirá el estudio radiológico completo si encontramos lesiones óseas o se encuentran en maternales.

Para los niños mayores de 5 años se realizara estudios radiológicos solo si hay hipersensibilidad ósea o una importante limitación del movimiento. Hay que solicitar al radiólogo que certifique y presente cualquier hallazgo positivo existentes. Las fracturas pequeñas metafisiarias o las fracturas múltiples en diferentes estados de consolidación nos debe hacer sospechar fuertemente en maltrato físico. Siempre hay que recordar la posibilidad de trauma en la cabeza cuando los niños tengan fracturas y sospechar de abuso físico, (6-8)

En caso de sospecha trauma abdominal debemos realizar pruebas de laboratorio de páncreas (amílase y lipasa) del hígado (TGOS, TGPS, fosfatasa alcalina) o de los riñones (nitrógeno ureico, creatinina y examen de orina.

También en caso de que estos resultados se encuentren alterados, deben realizarse estudios de imagen como ser la tomografía abdominal y el ultrasonido abdominal para evaluar el páncreas, el hígado, los riñones y el bazo. Esto ayudara a diagnosticar un hematoma o una laceración renal, un hematoma o laceración de hígado, pancreatitis o un hematoma o laceración del bazo.

En caso de detectar trauma de cráneo o signos neurológicos con sospecha de abuso físico deberemos realizar una tomografía axial computarizada de cerebro o una resonancia magnética nuclear.

La tomografía es un buen estudio inicial para diagnóstico de injuria en la cabeza. Se deberá considerar una resonancia magnética nuclear cuando los hallazgos neurológicos y clínicos no sean compatibles con los hallazgos de la tomografía axial computarizada. (7,8)

Los niños con trauma de la cabeza podrán requerir de medidas de emergencia para controlar la presión intra craneana o el shock. (7,8)

El objetivo de la resonancia o la tomografía es detectar edema cerebral, hematoma epidural, fractura de cráneo o hematoma subdural. Con todo esto analizado podremos determinar la causa de la injuria. Si fue accidental, sospechosa o inflingida intencionalmente. (9)

Muchos de los casos de abuso físicos son sospechados debido a que la injuria es inexplicable o la explicación dada por la familia es incompatible con los hallazgos físicos. Un niño mayor de 3 a 4 años podrá confirmar sí fue maltratado o no por un adulto. Hay que estar preparados en caso de acusaciones mutuas de un padre hacia el otro. La mayoría de los diagnósticos de abuso físico (por trauma no accidental) pueden ser basado simplemente en los hallazgos físicos.

Muchos moretones, quemadas o cicatrices son patognomónicas. Moretones en los glúteos y la espalda baja casi siempre son relacionados a nalgadas. Huellas digitales y dedos marcados son encontrados donde el niño ha sido sujetado bruscamente. Los pellizcones fuertes dejan moretones curvilíneos. Las cachetadas dejan un moretón con líneas paralelas corriendo a través de él. (8,9)

El intento de callar bruscamente a un niño que esta llorando puede dejar moretones en el labio superior y el frenillo; las marcas de mordedura humana dejan moretones en pares de frente uno al otro. El sitio más común de moretes accidentales es la frente, tibia anterior y las prominencias óseas. (9)

Hay que sospechar abuso físico cuando existan heridas que amenacen la vida sobre todo si estas ocurren después de una caída leve o de caída de gradas. (9)

Las quemaduras por inmersión usualmente producen una línea de nivel de agua y pueden dividir las superficies. Se deben sospechar aun más si son en las regiones glúteas o en las regiones intertriginosas de las manos. (10)

En casos de escaldaduras, las propiedades de tensión de la superficie de los objetos de la superficie de los objetos de contacto pueden explicar el patrón de la escaldadura.

Las quemaduras intencionales por cigarrillo deben ser distinguidas de las quemaduras no intencionales, las cuales son más superficiales y de las producidas por trauma de la piel o de las infecciones.(10)

Si se clasifica la causa de la injuria como accidental debemos determinar si existió negligencia familiar o no.

Los accidentes son el resultado de fuerzas no explicables sin intención. Padres razonablemente prudentes permiten a sus niños exponerse algún grado de riesgo que generalmente tienen un potencial de injuria y daño bajo o bastante bajo en frecuencia. Hay que sospechar de los padres cuando estos hallan fallado en cumplir con las medidas de seguridad para el niño o en aquellos casos en que su niño halla presentado injurias serias consecutivas debido a una supervisión negligente.(8,10)

En caso de no confirmarse negligencia por la historia obtenida deberemos hacer seguimiento del paciente cada 2-4 semanas.

Si confirmamos que hubo negligencia debemos reportar este con los servicios de protección del menor, asesoría legal y la fiscalía del menor o medicina forense.

Al reportar el caso debemos incluir un resumen de la evaluación y tratamiento inicial, así como el plan de seguimiento y las recomendaciones que se proponen para la protección del niño, así como su seguimiento (10).

Hay que estar disponible de atestiguar en el juzgado de menores cuando sea solicitado y hay que reportar cualquier preocupación acerca de la seguridad de los hermanos o del otro padre que no maltrata a su hijo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) American Academy of Pediatrics. Section on child abuse and neglect. A guide to references and resources in child abuse and neglect. Pediatrics 2002; 10:211-218.
- (2) Kleiman PK. Diagnostic imaging of child abuse. 3rd ed Baltimore William and Wilkins. 2001.
- (3) Ludwig S, Kornberg AE. Child abuse: A medical reference. 5th ed New York. Churchill and Livingstone. 2002.
- (4) Schmitt BD. The child with non-accidental trauma: the battered child. 4th ed Chicago. University of Chicago Press. 1999:178-180.
- (5) Sirotna K, Krugman RD. Physical abuse in children: An update. Pediatric in Review 2003; 15:394-396.

- (6) Sports Medical Council. Guideline for the \ Management of Physical Child Abuse. Denver: Colorado Medical Society.2001.
- (7) Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF. A randomized controlled trial of steroids or naloxone in the treatment of acute spinal injury in association to child abuse. N Engl J Med2000; 332(30): 1410-1415.
- (8) May HC. Emergency Medicine. Vol. 1, 15 ed, Boston: Little brown: 2002.
- (9)Ogden JA. Skeletal injury in the child with child abuse.5 ed. Philadelphia. WB Saunders. 2002: 124-132.
- (10)Barkin RM, Rosen P. Emergency pediatrics: a guide to ambulatory care. 10 ed. St. Louis. Mosby; .2004

Los sabios son los que buscan la sabiduría; los necios piensan ya haberla encontrado.

Bonaparte, Napoleón