

# EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS CASOS DE MALOS TRATOS Y ABANDONO

Desde que el médico forense francés, Antonio Tardieu, publicara en el año 1870 el primer trabajo referente a niños víctimas de sevicias corporales, variadas y diversas han sido las publicaciones que sobre este tema han aparecido en la literatura mundial. Estas se han incrementado aún más a raíz de que el pediatra norteamericano H. Kempe describiera el "Síndrome del niño golpeado". Pero tanto los trabajos como las publicaciones se han multiplicado sobre todo fuera de nuestras fronteras así como las Conferencias y Simposios internacionales. Y, sin embargo, llama la atención, en contraposición de lo que acabamos de escribir, la escasez de publicaciones científicas en España como consecuencia de la falta de investigación en este tema, y lo que es peor, debido seguramente a que todavía hoy en día muchos profesionales españoles de la medicina, incluidos algunos pediatras, no realizan este diagnóstico en algunos casos por desconocimiento del mismo, y en la mayoría, por la creencia de que corresponde a una situación excepcional que se da con más frecuencia en otras regiones o en otras sociedades donde la patología social es mucho más importante. Así hasta el inicio de esta década era excepcional su diagnóstico detectándose únicamente los casos de niños severamente golpeados.

Actualmente parece que los colegas se van sensibilizando cada vez más ante la existencia de este problema destacando en este sentido los estudios de los autores catalanes dirigidos por el Dr. Martínez Roig, del Hospital Ntra. Señora del Mar de Barcelona; del Dr. Casado Flores, del Hospital del Niño Jesús, de Madrid; del Dr. Trujillo, de Santa Cruz de Tenerife, los estudios de los pediatras asturianos, etc. Ya dentro de nuestra Comunidad Autónoma pensamos que la mayor experiencia la tiene el Dr. Alfonso Delgado y cois, del Hospital Civil de Bilbao, sin que por ello podamos olvidar al Dr. Borderas, del Hospital de Txagorritxo, de Vitoria, y el Dr. P. Zubillaga, de San Sebastián, que se ha polarizado más en el estudio del maltrato en el niño deficiente mental.

### Concepto

El Síndrome del Niño Maltratado (S.N.M.) ha sufrido notables cambios conceptuales en los últimos tiempos, habiendo ampliado considerablemente su definición.

Puede definirse como una entidad clínica que se da generalmente en niños menores de 3 años, los cuales son objeto de sevicias o maltratos físicos, psicológicos o morales, o bien de trato inadecuado de hecho u omisión por parte de sus padres, familiares y cuidadores. Más recientemente se ha llamado la atención sobre los abusos sexuales y en la actualidad empiezan a conocerse cada vez mejor los casos de intoxicaciones intencionadas con los más variados productos farmacológicos, así como todo lo referente al tema de la explotación del menor, sobre todo en los países industrializados, donde la tasa de emigración de otros menos desarrollados es muy elevada.

Como vemos a través de este concepto tan amplio, la definición del "niño maltratado" ha sufrido una gran evolución a través de los tiempos, predominando según las épocas un tipo u otro de maltratos. Así, en nuestra experiencia, podemos afirmar que mientras las sevicias físicas han tendido a disminuir, han aumentado por el contrario los malos tratos de tipo psicológico o morales, fundamentalmente el abandono y descuido de los niños que se ven privados de elementos fundamentales para su crecimiento y desarrollo tales como la nutrición y la afectividad.

### Epidemiología

La incidencia del S.N.M. es muy difícil de precisar, sobre todo en nuestro país. Es evidente que este síndrome se da en todos los países cualquiera que sea su grado de desarrollo y su potencial económico.

Su frecuencia sólo puede establecerse de una forma aproximada ya que carecemos de todo tipo de estudios estadísticos sobre el tema, ni siquiera sobre las cifras que se refieren a los maltratos físicos, que son los más fáciles de objetivar. Únicamente salen a la luz los casos extremos que frecuentemente terminan con la muerte del menor. Se considera que los casos denunciados son sólo el 10% de los reales y en el caso de los abusos sexuales, ésta cifra todavía es menor. En este sentido, pensamos que la administración española tiene un gran desconocimiento sobre este problema y carece además de datos fiables. Algo semejante ocurre con la Administración Vasca, a nivel de nuestra Comunidad y presiento que para gran parte de los políticos de nuestra Administración el menor "no existe" y por lo tanto es muy difícil que dispongan de cualquier tipo de datos que se refieran a su mala asistencia y cuidado.

### Diagnóstico

Es en muchas ocasiones difícil de sospechar, ya que con frecuencia los padres tardan en llevar al niño al Centro Hospitalario, y es característico además el que las consultas se produzcan en Centros Hospitalarios diferentes para no levantar ningún tipo de sospechas.

Sin embargo, cuando existe cierta experiencia por parte del personal sanitario de los Servicios de Urgencias, a través de la anamnesis o historia clínica, hay algunos datos que nos hacen sospechar que podemos estar ante un niño maltratado o mal cuidado. Así, si la historia referida por los padres no concuerda con la clínica, si estos niños presentan visitas múltiples a Hospitales diferentes, si observamos en los padres cierta reticencia a dar la información que les solicitamos, si acuden a la urgencia por un motivo de consulta distinto a su situación de maltrato, como puede ser el caso de un catarro común de vías altas o un dolor abdominal, si acuden al Hospital a

últimas horas de la tarde, si presentan una reacción inapropiada ante la severidad de las lesiones que presenta el niño, y por último, si tenemos dificultades para recoger algunos datos de la historia tales como fecha de nacimiento, alimentación, vacunaciones, etc., podemos pensar que estamos ante un posible caso de maltrato. Además, con bastante regularidad, los padres no acompañan a estos niños al Hospital; suele ser la abuela, la tía, o una vecina los que acuden con los niños.

Por lo que respecta a la exploración física, llama la atención en primer lugar el aspecto general del niño. Se trata de un niño habitualmente de edad inferior a tres años que destaca por su indiferencia, no se lamenta, no sonríe, ni llora. Sorprende por su estado de suciedad y sus lesiones cutáneas, escoriaciones, quemaduras, equimosis, rasguños y heridas de todo tipo. Sobre estas lesiones se pueden distinguir, a veces, las marcas de un objeto traumatizante, bastón, látigo, cinturón, que evocan un origen traumático. Suele ser útil fotografiar las lesiones con el fin de conseguir un documento objetivo. En estos casos más graves, hay evidencia de fracturas a nivel del cráneo, del tronco o de los miembros. Algunas veces son múltiples, recientes o antiguas. Las fracturas invalidantes y dolorosas que remontan de varios días son sospechosas.

La asociación a fracturas óseas de signos de expansión subdural, es muy evocadora. Un aumento del volumen del cráneo, la aparición de convulsiones, alteración de la conciencia, hemorragias retinianas, vómitos, etc., son constataciones frecuentes. El diagnóstico en estos casos es confirmado por los resultados de la punción de la fontanela, extrayendo un líquido de aspecto xantocrómico o sanguinolento. Esta complicación grave asociada a una alteración profunda del estado general, impone medidas terapéuticas de gran urgencia, fundamentalmente de tipo quirúrgico. El pronóstico en estos casos es incierto.

Siempre que tengamos la menor sospecha ante una situación de este tipo, solicitamos del Laboratorio una serie de datos complementarios, como son un análisis de sangre completo, determinaciones en suero de glucosa, calcio, proteínas totales y hierro, ya que no es raro observar que en estos niños todas estas cifras estén descendidas en suero. Junto a ello es funda-

mental solicitar lo que conocemos con el nombre de "serie esquelética", es decir, radiografías de todo el esqueleto para descartar la existencia de posibles fracturas recientes o antiguas.

Los signos radiológicos constituyen para nosotros una prueba esencial de confirmar un diagnóstico de sospecha. Los más importantes son:

- Hemorragias subperiósticas.
- Despegamiento subperióstico.
- Arrancamiento epifisario.
- Fragmentaciones metafisarias.
- Fracturas de cráneo, costillas, huesos largos, frescas o antiguas.
- Imágenes carenciales de raquitismo, escorbuto, etc.
- Imágenes de hematoma subdural puestas en evidencia a través de la tomografía axial computarizada (TAC).

Ante lesiones radiológicas de este tipo, los padres evocan de ordinario un accidente cuando reciben la información por parte del médico. Pero mientras que los padres son muy prolijos sobre la causa del accidente que ha sobrevenido a su hijo, permanecen en la vaguedad o cambian su versión de los hechos cuando se les interroga con más concreción. No es raro que entonces acusen a un hermano pequeño, a un vecino o a la persona que les suele custodiar.

En estas circunstancias no debemos dudar ni un solo instante en hospitalizar al niño. La hospitalización permite continuar con las investigaciones, necesarias y evita, mientras se completa el estudio, enviar a casa un niño que, probablemente, será de nuevo golpeado. Representa un medio excelente el observar el comportamiento de los padres y el interés que muestran con su hijo. No es extraño que los padres testimonien un bajo interés con respecto a sus hijos y no los vengán a visitar. Se constatan habitualmente pésimas condiciones de vida, situación familiar ambigua, frustraciones de orden económico, social y cultural.

Algunas veces una alteración profunda de la personalidad de algunos de los padres es responsable de las lesiones del niño. Otras, la historia clínica pone en evidencia la inestabilidad de las relaciones conyugales, su rigidez, la falta de lazos afectivos entre los miembros de la familia, etc.. Por último, una evolución favorable en el medio hospitalario, siempre y cuando las lesiones no sean muy extensas o el estado general no esté muy alterado, parecen confirmar el diagnóstico.

### **Conducta a seguir**

Una de las mayores frustraciones que sufrimos los médicos cuando nos enfrentamos a situaciones de niños en los que sospechamos han existido malos tratos o negligencia, es que muchas veces nuestra labor termina cuando realizamos el diagnóstico de sospecha y no encontramos apoyo en otros profesionales de la Sanidad o en los encargados de la protección judicial de los menores. Pienso que es quizá una de las razones, además del temor que sigue existiendo aún, por lo que muchos médicos se abstienen de denunciar los casos que han diagnosticado.

A pesar de ello, queremos recalcar que el médico tiene la posibilidad y el deber de llevar al conocimiento de las autoridades las sevicias o las privaciones de las que pueda tener conocimiento. Debe alertar a los servicios de protección de la infancia e incluso a los servicios judiciales. Entendemos que en estas circunstancias, la obligación del secreto profesional está suprimida. Estas funciones del médico se extienden igualmente a las enfermeras, auxiliares clínicas, puericulturas, asistentes sociales, que pueden libremente suministrar su testimonio sobre la situación o las condiciones en las que ha llegado un niño al Servicio de Pediatría.

Desde nuestro punto de vista, la intervención del psiquiatra infantil se hace necesaria. Este confronta el estado físico y el comportamiento del niño, dialoga con él si es mayorcito y comprueba la actitud de los padres con los que siempre deben entablar una serie de entrevistas para poder hacerse cargo de las características del entorno social que rodea al paciente. Una vez estudiado el caso del niño y su medio ambiente, puede emprender la rehabilitación mater-

na o paterna en una escucha vigilante, siempre y cuando los padres respondan a la llamada del psiquiatra. En los casos en los que los padres sean unos seres afectos de una alteración mental, debe iniciarse con ellos una psicoterapia de larga duración. Mientras tanto, el niño no debe ser entregado a sus padres. En el Hospital trataremos de reponer sus lesiones orgánicas, si las tuviere y suministrarle las calorías que precise para su correcto crecimiento y desarrollo, aporte vitamínico, de hierro y de calcio, así como los diferentes oligoelementos y sobre todo tratarle con sumo cariño y afecto para que reciba aquél del que muchas veces se ha visto desprovisto durante meses o años.

En este sentido, quiero terminar describiendo el cuadro clínico, relativamente frecuente en los tiempos modernos en que vivimos y que hemos tenido ocasión de observar en el Servicio de Pediatría del Hospital Civil de Bilbao, que se conoce con el nombre de "enanismo psico-social". Se trata de niños de talla baja, miembros inferiores cortos, mientras que el cráneo y la cara son mayores en relación a la edad. Están delgados y desnutridos, los cabellos son frágiles con placas de alopecia visibles. La piel está fría y sucia. Son niños apáticos, somnolientos, indiferentes, no juegan y no ríen. Si han aprendido a hablar, parece como si lo hubieran olvidado.

Tal retraso del crecimiento incita evidentemente a la búsqueda de un estado patológico endógeno o que radica en el propio organismo: trastorno hipofisario, endocrino, afectación metabólica o visceral. Pero el carácter negativo de las exploraciones, el comportamiento de la madre, el aspecto del niño nos desvían hacia otra aproximación del diagnóstico: retraso del crecimiento por privación afectiva.

En esta tarea de cuidado y tratamiento de estos niños, los pediatras, forenses, trabajadores sanitarios, asistentes sociales, psicólogos, autoridades judiciales, etc., tienen responsabilidad en las labores que les competen y con un trabajo interdisciplinario se puede plantear con esperanza el futuro de esta entidad clínica que nunca debió existir y cuya erradicación está en nuestras manos.

**J. De Gárate**