

Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño

Comité de Expertos sobre Maltrato al Menor

Evidentemente el fenómeno de maltrato al menor en México cada día es más frecuente. Ello requiere el establecimiento de grupos interdisciplinarios de trabajo que favorezcan la atención integral de cada caso. Un problema frecuente en la clínica diaria es la dificultad para considerar, en un momento dado, este diagnóstico. Por ello el clínico debe tomar en cuenta una serie de indicadores, tanto del menor como de su familia, como un auxiliar para apoyarse en un momento dado al considerar esta impresión diagnóstica. Maltrato al menor; indicadores de sospecha; atención integral.

Aunque en México cada día se habla y se escribe más sobre el tópico médico-social conocido como síndrome del niño maltratado (SNM) aún sigue existiendo una enorme dificultad para establecer el diagnóstico de sospecha, de probabilidad o de convicción entre los médicos que de una u otra forma atienden a la población infantil de nuestro país.¹⁻⁵

Conscientes de este problema, nos hemos dado a la tarea de revisar cuál o cuáles son los datos del menor y de su familia que con mayor frecuencia se encuentran presentes en la historia clínica para agruparlos de acuerdo a su representatividad y con ello favorecer que el clínico se pueda orientar mejor en el momento de atender a la probable víctima.

En una revisión de 150 expedientes de niños con el diagnóstico de maltrato físico que fueron atendidos en la Clínica de Atención del Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) se ha obtenido información preliminar que por su constancia merecen ser publicados en este espacio. De esta manera, se intenta sensibilizar al médico sobre cuál es la indagación que necesita llevar a cabo para considerar, en un momento dado, el diagnóstico de maltrato físico infantil.

El diagnóstico de SNM, variedad maltrato físico, se debe establecer después de que el caso clínico ha sido analizado por un grupo multidisciplinario, especializado en el tema.² Sin embargo, en una primera instancia de atención médica el pediatra u otro especialista, puede sospechar esta entidad nosológica en base al conocimiento que tenga sobre algunos

criterios clínicos del menor, de los parientes y de los ámbitos social, religioso, étnico, etc. de la familia cuando se atiende a un niño con lesiones físicas sin que exista una explicación lógica y convincente.⁶

Los indicadores más frecuentemente encontrados se han clasificado como de sospecha, de probabilidad y de convicción. Así mismo, los de sospecha se han distribuido en los correspondientes al menor y a la familia. En el cuadro 1 se pueden observar los más representativos.

Cuando el pediatra u otro especialista en un momento dado sospecha la existencia de violencia intrafamiliar y/o agresión específica contra algún miembro de la misma, ya sea porque una persona del núcleo consume consuetudinariamente alcohol y/o drogas, porque uno de los progenitores vive con una persona que no es uno de los padres del menor, por existir un antecedente penal en alguno de ellos, etc. se estará en la franca posibilidad de considerar que ciertas manifestaciones clínicas de los niños pueden ser la consecuencia de maltrato infantil.

En estos casos, el interrogatorio y la exploración física deben ser muy acuciosos y en ocasiones tendenciosos, pero siempre con discreción, sobre todo a la hora de establecer un diagnóstico de probable SNM. El apoyo inmediato con otros profesionales de la salud como son la enfermera y el trabajador social, debe garantizar la intimidad del problema hasta que el caso haya sido manejado integralmente por el personal que constituye el grupo multidisciplinario especializado. De no hacerlo así, se corre el riesgo

Cuadro 1
INDICADORES A CONSIDERAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE MALTRATO FÍSICO

Evidencia clínica

Ante la presencia de una o varias lesiones traumáticas o por quemaduras, sin una explicación lógica y convincente y/o cuando varían las versiones de cómo ocurrió el evento, el interrogatorio y la exploración física se deben orientar para encontrar algunos de los siguientes indicadores.

Indicadores de sospecha

En el menor:

- a) hay retardo en la solicitud de atención médica
- b) su estado de higiene es inadecuado
- c) el esquema de inmunizaciones es incompleto o nulo
- d) se trata de un producto no deseado o aceptado

En la familia:

- a) el menor convive con el padrastro o la madrastra
- b) hay historia de alcoholismo y/o drogadicción en algún miembro de la familia
- c) existe el antecedente de maltrato en un familiar
- d) se informa de antecedentes penales en algún miembro de la familia

Indicadores de probabilidad

- a) Solicita la atención médica un familiar externo al núcleo familiar o un extraño
- b) Existen cicatrices o lesiones antiguas en diversas partes del cuerpo
- c) Se determina desnutrición o anemia de grado variable sin causa aparente
- d) Incongruencia en la información brindada por los familiares

Indicadores de convicción

- a) El menor describe cómo ocurrió el evento
- b) El agresor acepta su culpabilidad
- c) Hay datos radiológicos o gammagráficos de fracturas u otras lesiones óseas de antigüedad y localización diversa

de que el diagnóstico de sospecha se filtre entre los familiares del menor, en el personal del hospital y/o con los familiares de otros menores que están esperando atención médica por diversos motivos. Las consecuencias bien conocidas son: la huida de los familiares con el menor, no aportan la correcta dirección de su domicilio; se desencadena un fenómeno de estigmatización hacia los parientes del menor por algunos elementos del personal hospitalario e inclusive por familiares de otros niños. Así, frecuentemente es muy difícil brindar la atención multidisciplinaria que cada caso requiere, lo que aunado a lo habitualmente intrincado de esta patología origina que dichos niños no sean diagnosticados correcta o tempranamente.

Evidentemente, es fundamental establecer criterios básicos que en la forma de indicadores permitan rápidamente a los médicos o a otros profesionales que están en contacto con estos niños, únicamente la sos-

pecha diagnóstica y de esta manera desencadenar todo un programa de acción para su confirmación.

Considerando que el SNM es prácticamente un problema en salud pública en muchas partes del mundo,⁷ en México se debe trabajar intensamente para sensibilizar a la comunidad médica y paramédica sobre su existencia, así como desarrollar diversos programas que permitan la atención integral de cada caso y lo más importante, la prevención de estos fenómenos en nuestra niñez.

Recomendaciones

Actualmente es fundamental la participación armónica de médicos pediatras, de otros especialistas y de los profesionales paramédicos que intervienen en la atención integral de menores que son víctimas de malos tratos en nuestro afán por evitar más daño en ellos y en algunos casos la desintegración del núcleo familiar.

1. Utilice los indicadores de sospecha, probabilidad y convicción para considerar *exclusivamente* la posibilidad diagnóstica de maltrato al menor, en su variedad de maltrato físico.

2. No permita que esta posibilidad diagnóstica se disemine entre el personal médico o paramédico de su Institución. Ello puede causar angustia en el mismo y con ello favorecer la atención incorrecta de los familiares, incluyendo al posible agresor.

3. Evite que los familiares de una posible víctima de maltrato físico se enteren de esta sospecha diagnóstica. Si ello ocurre lo más probable es que no cooperen con el grupo interdisciplinario y se vayan. De esta manera la posible víctima se encuentra desprotegida.

4. Recuerde que el diagnóstico de SNM tiene que ser multidisciplinario. Es la única forma de dismi-

nuir las posibilidades de cometer un error dentro de esta patología infantil tan *sui generis*.

5. Si en su hospital o comunidad médica no existe un grupo multidisciplinario para brindar atención integral a este tipo de pacientes, considere la posibilidad de su creación. El Comité de Expertos de la Academia Mexicana de Pediatría está en la mejor disposición de brindar la orientación que usted requiere.

Académicos

Dr. Arturo Loredó Abdalá - Coordinador

Dr. Carlos Baeza Herrera

Dr. Juan Manuel Saucedo García

Invitados

Dr. Jorge Trejo Hernández

Dra. Virginia Bustos Valenzuela

Psic. Aidé Sánchez Velázquez

ROLE OF THE PEDIATRICIAN, AND CLINICAL INDICATORS OF BATTERED CHILD

Child abuse is increasing in Mexico; therefore interdisciplinary working groups establishment are required in order to offer an integral management to each case. The most frequent problem is the difficult to establish a precise diagnosis of a battered child. Family and children data are fundamental aids that should be searched to support the diagnostic suspicion of battered child. Child abuse; suspicion data; integral approach.

Referencias

1. Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV, Carbajal RL, Reynés MJ, Rodríguez HR, et al. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998; 55: 410-6.
2. Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV, Sánchez VA, Moreno FMA. Maltrato al menor: propuesta metodológica para la detección, atención integral y derivación de pacientes en México. *Acta Pediatr Mex* 1998; 19: 206-10.
3. Baeza-Herrera C, García-Cabello LM, García-Chávez JL, Gardida ChR. Aspectos quirúrgicos de maltrato al menor. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998; 55: 98-105.
4. Saucedo-García JM, Sánchez GO. Maltrato físico y abuso sexual. En: Saucedo-García JM, Maldonado DJM, editores. *Psiquiatría. Temas de Pediatría*. Asociación Mexicana de Pediatría A.C. México: McGraw Hill Interamericana; 1998.
5. Santana TR, Sánchez AR. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex* 1988; 40: 58-65.
6. Loredó-Abdalá A. *Maltrato al menor*. México: Interamericana McGraw-Hill; 1994.
7. MacMillan HL. Child abuse: a community problem. *Can Med Assoc J* 1998; 158: 1301-2.