

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CAUSAS PRINCIPALES DEL SINDROME DEL
NIÑO MALTRATADO, E INCIDENCIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

FREDY MOISES DROZCO MOLINA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV MALTRATADORES
- V VICTIMAS
- VI ROL DEL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO
- VII TRATAMIENTO Y PREVENCIONES
- VIII PRESENTACION DE CASOS
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Siendo éste el año internacional del niño, es difícil aceptar el hecho de que en nuestra sociedad actual, tan llena de actitudes violentas; por una u otra causa, aumenta en forma alarmante el trato inhumano a los niños y, lo que más conmueve y sorprende, es que generalmente los niños MALTRATADOS no lo son por extraños, sino por sus propios padres o familiares cercanos, quienes en un acceso de cólera, pueden herir violentamente y a veces hasta matar a su hijo.

Fué en la década del 60, precisamente en 1,962 cuando Kempe introdujo el término de "NIÑO MALTRATADO" en un paciente que le fué diagnosticado HEMATOMA SUBDURAL y múltiples fracturas en diferentes partes del cuerpo. Desde entonces se han venido publicando artículos sobre el "SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO", entre ellos: Kempe en 1,962 informó los resultados de una encuesta en Hospitales y Juzgados, la cual indicaba un alto porcentaje de infantes MALTRATADOS, que ascendía a 749, de los cuales 78 murieron y 14 sufrieron lesiones cerebrales permanentes. En la ciudad de Nueva York, solamente en 1,969 se relatan -- 2,169 casos. Cabe hacer notar que uno de los Médicos que ha escrito más artículos sobre el tema, es el Doctor Vicent Fontana y entre los que narra tenemos The Children's Division of the American Human Association; en donde ha estimado de 30,000 a 40,000 casos de NIÑOS MALTRATADOS, lo cual puede aumentar de 200,000 a 300,000 casos cada año.

Esta "enfermedad recidivante", que en algunos países ataca de 60,000 y 70,000 niños cada año, aumenta progresivamente; aunque muchos expertos consideran que no se informa siempre; y que, su frecuencia puede ser tres o cuatro veces mayor a las cifras indicadas.

En nuestro medio, hasta la fecha no existe un estudio de éste tema y, es motivo de preocupación la incidencia del "SINDROME DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS"; desde el año de 1,972, en el Departamento de Radiología, del Hospital Nacional de Quetzaltenango se han detectado 20 casos, los cuales aumentarían, si tanto el personal médico, paramédico y estudiantes tomaran interés en el asunto y más que todo, si conocieran más a fondo el problema, lo cual, traería el poder rescatar no sólo del MALTRATO sino de la muerte a muchos niños que en un mañana, pudieron ser en alguna forma útiles a la sociedad. En éste trabajo de TESIS, se analizan quienes son los maltratadores, las víctimas, métodos para detectarlos, tratamiento, prevenciones, rol del personal médico y paramédico, se presentan casos estudiados, conclusiones y recomendaciones, esperando que en alguna forma pueda ser útil y, que ya conocido mejor el SINDROME DEL MALTRATO, se rescaten más niños -- que han sido objeto de ésta enfermedad; y, tener en un mañana niños sin privaciones, bajo coeficiente intelectual, lesiones orgánicas permanentes y menos muertes.

OBJETIVOS

1. Reconocer la existencia de niños maltratados y, a los maltratadores.
2. Dar a conocer las diferentes formas de maltrato en los niños.
3. Despertar la inquietud, tanto en el personal médico, paramédico y estudiantes en el descubrimiento de nuevos casos y poderlos encausar a un mejor tratamiento.
4. Determinar el manejo de los pacientes maltratados.
5. Dar a conocer la importancia que tiene tomar una historia completa, sin limitaciones de tiempo e influyendo el saber escuchar y observar, para hacer el diagnóstico.
6. Reconocer la importancia que el departamento de Radiología tiene para confirmar el diagnóstico.
7. Motivar a las autoridades correspondientes para la emisión de leyes que protejan al niño maltratado y al médico que los detecta, para prevenir reincidencias de los maltratadores y posibles de mandas judiciales contra el facultativo.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

a) Físico:

Para la realización del presente trabajo, se utilizaron los siguientes recursos del Hospital Nacional de Quetzaltenango:

1. Departamento de Radiología
2. Archivo del Departamento de Radiología
3. Libro de ingresos y egresos de Pediatría
4. Archivo general
5. Placas de Rayos "X"
6. Fotografías
7. Biblioteca

b) Humanos:

1. Personal médico del Departamento de Radiología
2. Personal técnico de Radiología
3. Personal de enfermería del departamento de Pediatría
4. Niños estudiados.

METODOS:

En todo el estudio, se aplicó el método científico mediante un análisis retrospectivo de los casos, para lo cual se revisaron artículos sobre el tema y los registros clínicos de cada paciente, de donde se obtuvieron los datos de cada uno. Además fotografías y radiografías de algunos pacientes para mejor ilustración.

MALTRATADORES

Reconocer a un niño maltratado, constituye tan sólo una parte del problema, ya que es más importante identificar a los maltratadores potenciales; sin olvidar que casi siempre, son personas inmaduras, desesperadas a consecuencia, ellas mismas, de una infancia de privaciones y abusos; entre los que se cuentan los propios padres, padrastros, amigos o hermanas, quienes en un acceso de cólera, pueden maltratar a un niño y hasta causarle la muerte. Por todo lo anterior, se han efectuado estudios y se ideó, un sistema para identificar precozmente, a los que representarían un peligro para los niños antes, después del parto y en el consultorio así:

Antes del parto:

1. Madres que rechazan su embarazo o rehusan ganar peso.
2. Padres con excesivo número de hijos, bajo ingreso económico y que representa una carga un niño más.
3. Padres jóvenes que planearon en un tiempo abandonar al hijo y que, posteriormente cambiaron de parecer.
4. Preocupación por el sexo de un futuro hijo.
5. Madres que han pensado en el aborto.
6. Padres que condicionan el futuro de sus hijos, temerosos a que se cumpla.
7. Madres con temores a los fenómenos físicos del parto.
8. Abandono de la madre soltera por sus familiares.
9. Desinterés de familiares y esposo.
10. Personas que viven aisladas, por lo general son maltratadores potenciales.

Después del parto:

1. Inconformidad con el sexo.
2. Disgusto, desconcierto y cólera de la madre por el llanto de su hijo.
3. Discordias conyugales.
4. Molestias de la madre al alimentar a su hijo.
5. Demora en darle un nombre al hijo o eligen el de una persona que no estiman.
6. Desagrado de los padres al cambiarle los pañales.
7. Padres celosos de las exigencias del hijo respecto al tiempo y afecto a la madre.
8. Consideran al hijo demasiado exigente.

En el consultorio:

1. Todas las cosas que dice su hijo, son negativas.
2. Cuando lo lleva, lo sostiene como paquete.
3. Deja al niño sobre la mesa de exploración y se retira en vez de acompañarlo.
4. Se queja de cosas ilógicas, por ejemplo: "que el niño llora para molestarla".
5. Niños menores de una semana que presentan golpes sin explicación alguna.
6. Falta de interés e indiferencia por la enfermedad de su hijo.
7. Mala higiene.

VICTIMAS

El mal trato de los niños por abuso o descuido de los padres, sucede a cualquier edad. En donde uno de los progenitores castiga y el otro lo acepta pasivamente. En donde la religión, sexo, nivel socio-económico, social y raza no tiene relación con el problema; ya que por lo general son hijos de esposos emocionalmente inestables, quienes reaccionan contra sus hijos como resultados de conflictos personales. Algunas madres han sido creadas por personas que hacen las veces de padres, y que han sido de objeto de mal trato cuando niñas. El divorcio, el alcoholismo, el desempleo, las dificultades financieras, las perversiones y la adición a las drogas, son los desencadenantes del maltrato infligido a los hijos.

La mortalidad en el "primer estadio", es del 5%, y sólo el síndrome de muerte súbita de los lactantes supera esta cifra, y que comprende a los pacientes de uno a seis meses de vida. Además, entre los pequeños de seis meses a un año, ocasiona más fallecimientos que cualquier cáncer, mal formación, o proceso infeccioso, y en los mayores de un año, tan sólo los accidentes producen más víctimas.

Los niños MALTRATADOS, presentan una expresión triste y resignada y aún en la más tierna edad se acercan a la madre y la acarician cuando grita, para tranquilizarla, queriendo evitar ser objeto de MALTRATO.

En los países totalitarios, los niños se consideran un recurso del estado; los padres sólo son los guardianes de una propiedad de la nación, a la cual no se puede lastimar. Pero en nuestra sociedad son tratados como propiedad de los progenitores, aunque algunos niños están más expuestos al peligro, debido

a circunstancias que dificultan el proceso de unión como: la prematuridad, la adopción, la presencia de hijastros, las enfermedades que aparecen en los primeros meses de vida; hijos ilegítimos, los nacidos por cesárea y los que presentan para sus padres, un símbolo de su fracaso personal o su desagrado cuando nacen deformes o enfermos.

Las formas de MALTRATO no consisten únicamente en golpes, ya que el 10% de castigos elegidos son por quemaduras (causada generalmente con cigarrillo) La negligencia en la alimentación, es otra forma de MALTRATO y muy frecuente en donde muchos pequeños sobreviven a ésta carencia, pero quedan con retraso mental permanente.

Otra forma de abuso se relaciona con las drogas, cuando los padres incapaces de tolerar el llanto de su hijo le administran sedantes.

También la negligencia en la administración de medicamentos en pacientes enfermos crónicos, como diabetes o asma, es maltrato.

El abuso menos diagnosticado, es la explotación sexual, ya que la mitad de las víctimas son menores de 12 años.

La habilidad diagnóstica del médico o del especialista, para no confundir el síndrome del niño maltratado, con otros diagnósticos diferenciales como: escorbuto y raquitismo, hiperostosis cortical infantil, sífilis de la infancia, osteogénesis imperfecta o trauma accidental. Aunque cuando el pequeño es llevado al hospital, presenta descuido general, mala higiene de la piel, inhibición de la personalidad, personalidad uraña, irritabilidad, presencia de trauma corporal, hematomas, cicatrices, tumefacciones, magulladuras y raspones.

La historia, los padres la relatan no acorde a los hallazgos físicos; cada padre tiene una versión diferente, acusan a la niñera, al vecino o a un hermano menor; tarda varios días y a veces hasta una semana en solicitar atención médica, discuten que el niño se lesionó por sí sólo y en otras ocasiones, tiene antecedentes de repetidas consultas por causas similares, o se encuentra que también un hermano aparece lesionado.

El examen radiológico revela: fracturas o dislocaciones, hematomas, desprendimientos sub-periósticos, separaciones epifisarias, desgarros periósticos, fragmentación metafisaria, reacciones periósticas anteriores cicatrizadas, trauma óseo de las metáfisis y fracturas múltiples en un mismo miembro, lo cual es poco común, en trauma accidental.

Se estima que uno de cada dos niños MALTRATADOS muere antes de ser devuelto a sus padres. Muchos de ellos si sobreviven y llegan a la adolescencia, presentan perturbaciones psicológicas o emocionales irreversibles. Karl Menninger decía que todo criminal fué un niño MALTRATADO y no querido. Lo que demuestra que la probable tendencia futura, de los infantes MALTRATADOS, es convertirse en asesinos o autores de crímenes y violencia contra la misma sociedad que los ha formado.

ROL DEL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO

El cometido del rol del personal médico y paramédico, no consiste única y exclusivamente de informar de los casos del maltrato en niños, sino también impedir un maltrato posterior; siendo por ello importante estar alerta en el diagnóstico e identificar precozmente a los que representan un peligro para los niños.

El Tocólogo, el Pediatra, el personal médico - en general y el personal paramédico, ocupan posiciones ideales para identificar a los maltratadores potenciales, siéndoles definitivamente importante el saber escuchar y observar.

Después de identificar un hogar con problemas, es recomendado las visitas de una a tres veces por semana, pues el simple hecho de mostrar interés por el problema, ayuda a los padres a desahogarse, ya que el Médico no debe atender únicamente las enfermedades, sino también tratar de encontrarle solución a las causas psicológicas o sociales que pueden modificarlas, pudiendo darse el caso de que los padres acepten acudir a un tratamiento psiquiátrico mientras se aplican algunas medidas preventivas.

TRATAMIENTO

Siempre que existan sospechas de MALTRATO, el paciente debe ser hospitalizado, aún cuando las lesiones que presenta no lo ameriten; todo con el fin de observar la conducta de los padres e investigar el hogar.

Cuando los padres se niegan a la hospitalización, se les puede dar otros argumentos para que acepten, explicándoles si así fuera necesario, que se efectuarán estudios especializados y si fuera negativo, incluso se puede proceder por orden judicial; ya que el derecho del niño a sobrevivir supera los derechos civiles de sus padres. Es preferible sospechar e investigar casos que resulten negativos, que omitir el tratamiento de un niño, que va a volver al cabo de un mes ya agonizante.

Hospitalizado el paciente, se inician estudios - tanto de laboratorio como radiológicos; siendo importante la toma de radiografías de huesos largos, cráneo, costillas y pelvis, aún cuando no hallan fracturas, pues los traumatismos de los huesos largos afectan al periostio y las metáfisis, lo cual es visible hasta un año después.

Es importante hacer saber que el tratamiento no consiste única y exclusivamente en curar al niño, sino en tratar a toda la familia y en casos extremados, quitar al niño de sus padres e internarlo en un orfanatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Medicas:

- a. Conocimiento del problema y del criterio diagnóstico.
- b. Tener en cuenta la agresión física en el diagnóstico diferencial de los casos sospechosos.
- c. Informar a las instituciones de protección infantil o en Juzgados de menores, o a los dos.
- d. Educación sobre el tema al personal médico, paramédico y estudiantes.
- e. Cumplimiento de las responsabilidades médicas, morales y legales, en el manejo -- del niño MALTRATADO.

Sociales:

- a. Reconocimiento del problema por la sociedad.
- b. Cooperación de la comunidad para proteger mejor al niño.
- c. Mantenimiento de instituciones protectoras del niño.
- d. Servicio social de investigación continua, precisa y completa, en los casos sospechosos.
- e. Educación de la vida familiar y rehabilitación

tación de los padres culpables.

- f. Esfuerzos combinados de todas las instituciones sociales para combatir el problema.

Legales:

- a. Protección judicial a los padres, cuando no hay evidencias suficientes.
- b. Protección al niño por medio de leyes que obliguen al médico a informar los casos de -- MALTRATO.
- c. Protección al médico mediante una legislación, para prevenir posibles perjuicios legales, que las partes comprendidas puedan causarle en cualquier acción judicial.

PRESENTACION DE CASOS

Como hemos visto anteriormente, la incidencia de MALTRATADOS en países en donde se han hecho estudios es alarmante, y en nuestro medio, es el primer estudio de TESIS que comprende pacientes durante 7 años, realizado en el Hospital de Quetzaltenango (1,972-1,979), en donde las edades oscilaron de 1 mes a 10 años (ver tabla N° 1); y el sexo más afectado fué el femenino (ver tabla N° 2), y como se relata en cada caso, un gran número de pacientes presentaban fracturas antiguas, otros presentaban: hematomas, equimosis, espondones, quemaduras, violación, fracturas, luxaciones y en casi todos se presentaba algún grado de desnutrición y falta de higiene. Pudiéndose observar un paciente con 12 fracturas, en diferentes partes del cuerpo y diferentes edades; al igual que otro paciente presentaba 8 fracturas, y un paciente falleció por fractura de cráneo. Comprobándose que en su mayoría los MALTRATADORES eran sus propios padres; notándose desde su ingreso, la falsedad de la historia, la forma de tratar al paciente, el tiempo que transcurrió para acudir a un centro asistencial y las diferentes lesiones que presentaba; y, para mejor ilustración, se emplearon algunas fotos y radiografías.

TABLA N° 1

EDADADES

<u>Años</u>	<u>Meses</u>	<u>Total</u>
10	-	1
9	-	1
8	-	3
7	-	1
6	-	2
5	-	3
4	-	2
3	6	1
2	-	3
1	8	1
-	7	1
-	1	1
<u>TOTAL</u>		<u>20</u>

TABLA N° 2

<u>Sexo</u>	<u>Total</u>
Masculino	8
Femenino	12
<u>TOTAL</u>	<u>20</u>

CASO Nº 1

P.A.V.G. de 5 años de edad, originaria y residente en San Carlos Sija, Quetzaltenango, quien el 23/6/74 fué llevada a la emergencia por: "Hemorragia vaginal de 5 horas de evolución", en la historia refirió el padre de la niña, que hacía 5 horas su hija había sido violada por su abuelo. Al examen, paciente se encontraba quejumbrosa, con dificultad para movilizar el cuello, lugar donde presentaba múltiples lesiones. En el ojo presentaba hemorragia corneana y edema de cara; en región vulvar presentaba hemorragia, consecuencia de rasgadura de hímen y perine; además presentaba pediculosis, por lo que se tuvo que cortar el pelo. Se le ingresó a la sala de pediatría, en donde la paciente refirió dolor y dificultad para miccionar; se le inició tratamiento y 31 días después se le dió egreso. (Ver fotografías)

CASO Nº 2

C. L., de 5 años de edad, originaria y residente de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, quien fue traída a la emergencia por un vecino y misioneros de la clínica de ese lugar, con historia de que hacía 5 días, había sufrido quemaduras en tronco y extremidades inferiores, en forma desconocida, y que los padres hasta la fecha de su consulta no habían puesto ningún interés. El niño vivía con su padre y la madrastra, en donde ha venido siendo objeto de malos tratos, mala alimentación, castigos físicos y en algunas ocasiones lo han dejado abandonado, no permitiéndole dejar entrar a dormir.

Al examen paciente triste, deprimido, quejumbroso y en malas condiciones generales, notándosele marcadas prominencias óseas y desnutrición. En abdomen, glúteos y extremidades inferiores se obser-

van quemaduras de segundo grado, acompañado de proceso infeccioso. Presentaba también pediculosis.

Se hospitalizó para efectuarle estudios radiográficos e iniciar su tratamiento, encontrándose que presentaba fractura antigua en el extremo distal de la diáfisis del cúbito y del radio en miembro superior derecho; fractura cortical transversal antigua, en el extremo proximal de la diáfisis de la tibia izquierda. Paciente después de 37 días de tratamiento, se le dió egreso.

CASO Nº 3

J.N.C.S., de 4 años de edad, originaria y residente de Quetzaltenango; traída por la madre a la emergencia, por pérdida de la conciencia de una hora de evolución. En la historia la madre refiere que un día anterior sufrió una caída, golpeándose la cadera derecha; que por la noche sufrió otra caída golpeándose el ojo izquierdo y que el día de la consulta, la encontró tirada en el baño, lugar donde la había dejado, por lo que acudió al hospital.

Al examen, paciente en malas condiciones generales, respondiendo con dificultad; notándosele múltiples erosiones, equimosis y hematomas en diferentes partes del cuerpo. El ojo izquierdo se encontraba equimótico, párpados edematizados y con dificultad para ver. Cabe hacer notar, que durante la entrevista, la madre del paciente relataba una historia no acorde a los hallazgos físicos, negándose a aceptar el MALTRATO, del que había sido objeto la niña. Se le inició tratamiento y 16 días después se le dió egreso.

CASO Nº 4

F.J.T., de 2 años de edad, originaria de San Lo-

renzo, San Marcos y residente en Sta. María de Jesús, Quetzaltenango; quien fué traída a la emergencia por presentar, herida circular casi completa en tercio distal de tibia y peroné, con fractura expuesta de tibia. La madre refiere, desconocer la historia, teniéndolo como antecedente; que hace un año había sido hospitalizada por fractura de cráneo.

Al exámen paciente, en malas condiciones generales con un peso de 18 libras. Se le efectuaron estudios radiográficos, encontrando: Fractura expuesta de tercio distal de tibia, fractura de tercio medio de tibia. Se hospitalizó, y en sala de operaciones se efectuó manipulación, colocándosele aparato de yeso; para que 15 días después se le diera egreso.

CASO Nº 5

J. P., de un mes de vida, originario y residente de Quetzaltenango, hijo de madre soltera, oficio: vendedora de verduras, madre joven, quien por motivo del embarazo; perdiera el apoyo de sus padres, por lo que rechaza la existencia del niño, negándose darle pecho, refiriendo que cuando puede le da leche de vaca con agua y que cuando llora mucho, le da agua azucarada únicamente. Al exámen, Paciente en malas condiciones generales, con un peso de 4 libras y 15 onzas, presentaba signos de deshidratación e irritación amoniacal, en región glútea, inguinal y perineal; como también presentaba equimosis en diferentes partes del cuerpo.

CASO Nº 6

M.S.E., de 2 años de edad, originario de Concepción Chiquirichapa, Quetzaltenango; quien fuera traído a la emergencia por 2 policías, quienes lo encontraron abandonado, después de que sus propios

padres le habían ocasionado múltiples lesiones. A su ingreso Paciente, presentaba múltiples heridas sangrantes en miembros inferiores.

Dos días después de su hospitalización, se presentó el abuelo quien lo recogió.

CASO Nº 7

A.H.CH., de 10 años de edad, originario de Sibilia, Quetzaltenango; quien fuera traído a la emergencia por su propio padre, refiriendo que había sufrido traumatismo de cráneo, lo cual le fue ocasionado por una patada de semoviente; lo cual refirió después de insistir en la historia, ya que al principio contaba, que se había caído y que había perdido el conocimiento por 15 minutos. Notándose en el padre del paciente, la confusión de la historia; se le tomó radiografía de cráneo, encontrando que presentaba: Una fractura cominuta con undimiento de 9 milímetros, en región frontal del lado izquierdo; por lo que se pensó referirlo a Guatemala, lo cual rehusó el padre del paciente y en contra indicación Médica, lo sacó de la emergencia.

CASO Nº 8

R.S., de 6 años de edad, originario y residente de Olintepeque, Quetzaltenango; hijo adoptivo quien consultó por quemaduras en ambos glúteos; habiéndose notado la incongruencia en la historia y, timidez por parte del paciente; él cual refirió que hacía varios días (no sabe cuantos), cayó sentado sobre la región glútea, en unas brasas en donde estuvo por varios minutos.

Al exámen, presentaba quemaduras de segundo y tercer grado, en región glútea y miembros superiores; paciente en malas condiciones, mala higiene general,

múltiples equimosis, edema, áreas necróticas y en miembro inferior derecho, presentaba edema, rubor, calor y mal olor. Presentaba también, herida de más o menos 3 centímetros, con bordes irregulares, en región retroauricular, consecuencia misma de los malos tratos a que era objeto. Se le diagnosticó: a) Celulitis; b) Quemaduras G-II y III; c) Herida retroauricular y; d) MALTRATO.

El paciente fue hospitalizado; lugar donde se le efectuaron tratamientos, incluso injertos y; a los 32 días de su ingreso, se le entregó a una señora, por orden del Juez de familia y Orden Médica.

CASO Nº 9

B.B.E., de 4 años de edad, originaria y residente de Olinstepeque, Quetzaltenango; quien fué traída por su madre a la emergencia y quién no refirió mayores datos; pues no vive con su hija ya que se juntó con otro hombre, viéndose en la necesidad de dejarla con su abuelo.

El motivo de consulta era: "granos" en todo el cuerpo, principalmente en la cabeza, de aproximadamente 20 días de evolución.

Al exámen Paciente en malas condiciones generales, con un peso de 14 libras, colaboradora, con semblante triste y tímida. En la cabeza presentaba, pérdida parcial del cuero cabelludo, en donde se podían observar "GUSANOS" (miasis), y sentirse un mal olor por el estado en que se encontraba la herida; también presentaba pústulas en todo el cuerpo y una mala higiene general. Por todo ello la paciente fue hospitalizada en el departamento de pediatría, en donde se le inició tratamiento, incluyendo injertos del cuero cabelludo y 233 días después se le dio egreso.

CASO Nº 10

R.C.L., de 9 años de edad, originaria de Almolonga, Quetzaltenango; quién consultó a la emergencia por herida cortante, en miembro inferior derecho; lo cual según refiere la madre, se ocasionó con un palo. Entre sus antecedentes, refiere que ha estado hospitalizada en varias ocasiones.

Al exámen físico, Paciente en malas condiciones generales, mala higiene; presentando edema, equimosis y dificultad para ver con el ojo derecho; en la región cervical, se nota la presencia de un absceso; en el miembro inferior derecho, se observa herida de aproximadamente 5 centímetros, deformidad en pierna izquierda, edema de miembros inferiores que se acompaña de equimosis, principalmente en muslo derecho, codo y región escapular derecha. Al exámen ginecológico, se observa rasgadura del labio mayor derecho; por todo lo anterior, se inició la sospecha de un niño MALTRATADO, insistiendo en la historia, habiéndose encontrado que: el padre de la niña vivía con otra mujer y que él le daba mal trato cuando tenía problemas con su mujer, y que en muchas ocasiones; le pegaba con un leño; la madrastra, le peiscaba la vulva diciéndole que no la quería, y que, en el camino a la emergencia, le había dicho que la iban a dejar unos días en el hospital, mientras se curaba y que después, la iban a regalar; también refiere la paciente que tiene tres hermanos y que ella es la más pequeña; y que le daban sólo dos tiempos de comida.

Por todo lo anterior la paciente fué hospitalizada, para efectuarle sus curaciones y estudios radiográficos; ya que a su ingreso, radiológicamente se le encontró: Fractura antigua oblicua del tercio medio de la diáfisis del fémur, fractura antigua en la unión del tercio medio con el tercio distal de la diáfisis de la tibia; la cual probablemente era más antigua. Fractura supra codilea derecha, con modera

da impactación de los fragmentos, fractura conminuta del extremo proximal de la diáfisis del radio derecho; fracturas corticales en el extremo distal de la tibia y peroné, del lado derecho; fractura cortical en el extremo distal del fémur derecho; fractura cortical en el extremo proximal del húmero derecho; fracturas de la 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, y 8a costilla del lado derecho y, herida cortante de miembro inferior derecho; con lo cual suman más de 12 fracturas; llegando a la conclusión de que, la paciente había venido siendo golpeada repetidas veces y en diferentes ocasiones, pues como se pudo observar, las fracturas tenían diferente edad; concluyendo - que se trataba de un niño MALTRATADO.

Este caso, fué llevado a los tribunales y 40 días después, se presentó la verdadera madre con una nota del juez de familia, dándole egreso.

CASO Nº 11

M.E.O.V., de 7 meses de edad, originaria y residente de Quetzaltenango; cabe hacer notar que la historia de ingreso es mala y solo refiere que: - Consultó por tumefacción en región vulvar, lo cual aumentaba con el llanto y que, pensando en una hernia; se le efectuó herniograma, encontrando además de la hernia, una reacción perióstica en el tercio proximal del fémur derecho; por lo que pensando en MALTRATO, se le tomaron radiografías de huesos largos, cráneo y cadera, encontrando: Reacción perióstica en ambos humeros, principalmente el derecho; reacción perióstica en el cúbito y en el radio derecho; llamando la atención una fractura antigua del extremo proximal de la diáfisis del cúbito; con lo que se comprobó que se trataba de un Paciente MALTRATADO. Cabe hacer notar, que el paciente fue mal manejado, pues todos los estudios se efectuaron por consulta externa y en ningún momento se pensó en investigar la forma como vivían.

CASO Nº 12

O.A.CH., de 7 años de edad, originario y residente de Quetzaltenango; quién fuera traído por unos vecinos a la emergencia, quienes informaron que había sido objeto de MALTRATO, por su propia madre.

Al exámen, Paciente en malas condiciones generales, con deformidad de cadera e imposibilidad para caminar; lo cual se acompañaba de acortamiento del miembro inferior izquierdo; y, con señales de golpes en la región posterior del tórax.

Refirieron también los vecinos, que en otra ocasión, la misma madre le había ocasionado fractura de la nariz y desprendimiento parcial del pabellón de la oreja.

Por todo lo anterior, se pensó en que el pequeño fuera objeto de MALTRATO; por lo que se ingresó, previo estudio radiológico en donde se encontró: Luxación de cadera izquierda y edema de tejidos blandos a nivel del muslo izquierdo, post-traumática probablemente.

Se le efectuó reducción y, 48 días después, fué entregado al padre del niño, quien era separado de la madre por orden del Juez de familia, habiéndose quedado acta en el expediente del Paciente.

CASO Nº 13

C.L.CH., de 3 años y 6 meses de edad, originario de San Mateo y residente en Quetzaltenango; quien fue traído a la emergencia por los bomberos, a las 23 horas; por quemaduras en región perineal.

En la historia, refiere la madre que cuando se encontraba jugando, le cayó un recipiente con agua hirviendo, con la cual se produjo las lesiones que presentaba.

Al entrevistar al niño por separado, refirió que su madre lo había quemado y que no la quería porque era muy mala; refiere también que tanto su madre, como su padre ingieren demasiado licor, y que su padre le pegaba a su madre y que, ella le pegaba a él.

Al exámen Físico, Paciente en malas condiciones generales, con una desnutrición severa (G-III), presentando quemaduras en la región glútea y pene G-I y II, en un 10%; por lo que se le ingresó para su tratamiento.

CASO Nº 14

C.V.F., de sexo femenino de 2 años de edad; quien consultó a la emergencia por trauma, de miembro inferior derecho, fiebre y tos de 2 días de evolución. En la historia refiere la madre: que al caerse de una cama, sufrió lesión en miembro inferior derecho y que, hacía dos días había iniciado cuadro de tos y fiebre.

Con sospechas de una Bronconeumonía, se ordenó una radiografía de tórax y de miembro inferior derecho; habiendo encontrado: Fractura de 4a, 5a, y 6a costilla antiguas y fractura transversal en el extremo distal de la tibia derecha, con marcada tumefacción de los tejidos blandos adyacentes a la articulación tibio tarsiana; con éstos hallazgos, se procedió a otros estudios radiográficos, encontrando: Fractura oblicua antigua, en el extremo distal de húmero izquierdo, con callo exuberantes; fractura oblicua en la unión del tercio medio y el tercio distal de la diáfisis del húmero derecho, con separación de los fragmentos, creyendo que ésta fractura es posterior a la fractura humeral izquierda. También se observan fracturas con callos en formación, en el tercio medio de las diáfisis del cúbito y el radio; con lo cual suma-

ron, un total de 8 fracturas de diferentes edades, comprobándose que se trataba de otro niño MALTRATADO.

CASO Nº 15

I.L.D.L., de 1 año y 8 meses de edad, quien consultara a la emergencia por trauma, del brazo derecho, el cual según historia, se ocasionó al caerse de la cama. Se efectuaron estudios radiográficos, encontrando: Fractura supra-condilia con desplazamiento posterior y lateral del fragmento distal; llamando la atención, una fractura cortical, en el tercio proximal del radio y, en el tercio distal del cúbito; lo cual es sumamente difícil, llegando a la conclusión de que se trataba de otro niño MALTRATADO.

CASO Nº 16

P.L., de 5 años de edad; quien consultara a la emergencia por quemaduras, de primero y segundo grado, en el tórax, abdomen y miembros inferiores; no existe historia de como se produjo las lesiones. Se tomaron estudios radiológicos, encontrándose: Fractura antigua en el extremo distal de las diáfisis, del cúbito y el radio derecho; fractura cortical en el extremo proximal de las diáfisis de la tibia izquierda, confirmándose otro caso de niño MALTRATADO.

CASO Nº 17

C.B.E., de 8 años de edad, originaria de Tiquisate y residente en Almolonga, Quetzaltenango; quien consultó por trauma de hombro derecho a la emergencia. En la historia, refiere la madre que él padrastro, con quien vive actualmente, le da mala vida al Paciente y que el día de la consulta, le quiso pegar jalándola del brazo derecho; ocasionándole lesión en el hombro del mismo lado. Esta historia, nos fue -

proporcionada por el agente de la Policía Nacional. Refiere el agente, que le tomaron radiografías en donde se encontró: Luxación acromio clavicular del hombro derecho, desconociendo el tratamiento que se le proporcionó al paciente; el cual debió de haber sido hospitalizado, pues se trataba de otro caso de niño MALTRATADO.

CASO Nº 18

L.F.C., de 8 años de edad, originario de Guatemala y residente en el Centro de Bienestar Infantil, de Quetzaltenango; quien ingresó al hospital para efectuarle postectomía, y quien a la entrevista refirió: Que las lesiones que presentaba en la cara, eran secundarias a quemaduras sufridas, como castigo por su propia madre, las que le ocasionó -- con candelas, por haber botado una olla que contenía Incaparina, la cual se regó en el suelo; pues su madre no lo quería y le pegaba mucho; y, cuando le -- dió hepatitis, lo dejó abandonado en el hospital, lugar de donde lo recogió una señorita y lo internó en el Centro asistencial, en donde actualmente vive.

CASO Nº 19

Paciente de 6 años de edad, que ingresó a la emergencia traído por la madre; consultando por "DIARRREA", lugar donde expulsó 56 chiles serranos, los cuales le había dado la propia madre, para que se los comiera como castigo. Refiriendo el paciente que los primeros chiles los había masticado, pero que como picaban mucho, dispuso únicamente tragárselos. (Ver fotografía).

CASO Nº 20

Paciente de sexo masculino de 6 años de edad, quien ingresara a la emergencia en estado inconciente. Refieren en la historia que el padre le golpeó

la cabeza de una patada; momento desde el cual perdiera el conocimiento.

A su ingreso se le efectuaron estudios radiológicos, encontrando: Fractura del frontal con undimiento.

Se le ingresó a observación y dos días después de su ingreso falleció. (VER FOTO Y RADIOGRAFIA)

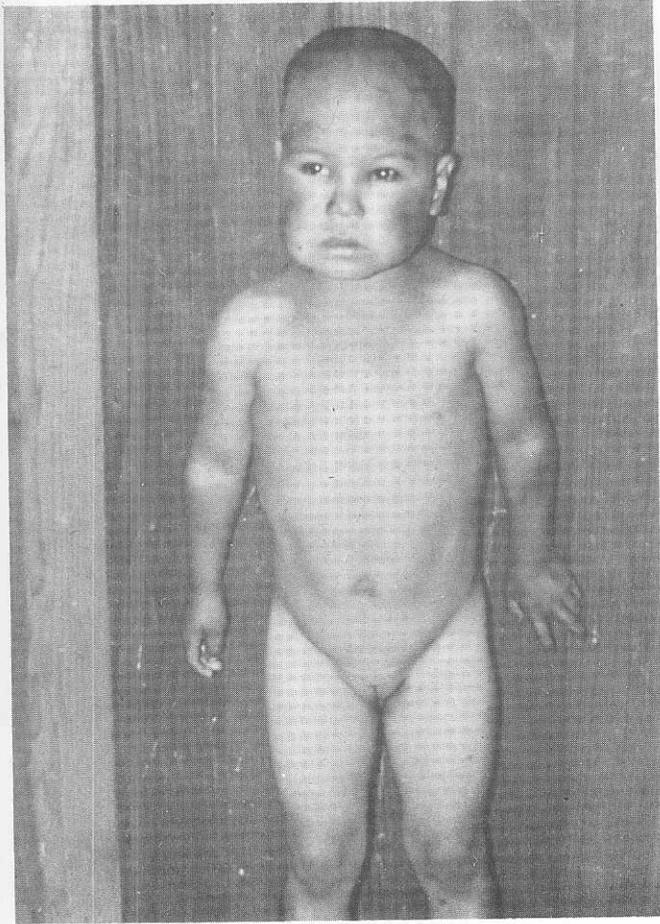


FOTO No. 1. Paciente de 5 años de edad
quién fuera violada por su propio Abuelo;
notándosele semblante triste y con pelo
cortado en la Emergencia, por presentar
pediculosis (Ver caso No. 1.).

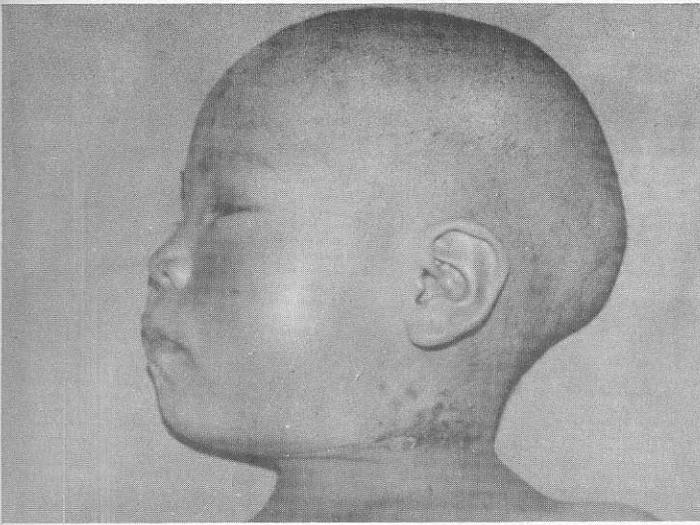


Foto No. 2. Paciente con erosiones en el cuello, ocasionadas por el Abuelo, en el momento en que fue violada. (Caso # 1)

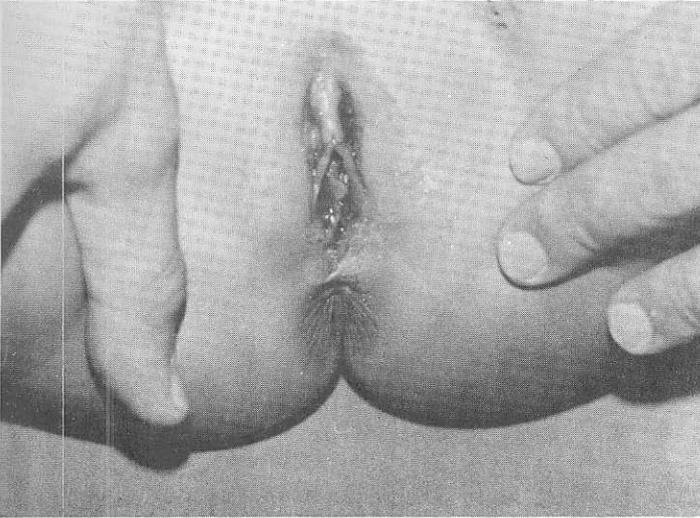


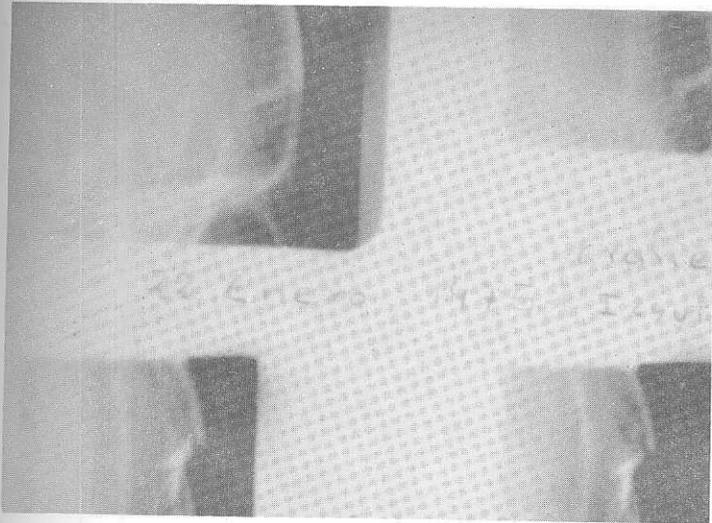
Foto No. 3. Se observa rasgadura de periné e himen, ocasionadas en el momento de haber sido violada por el Abuelo.



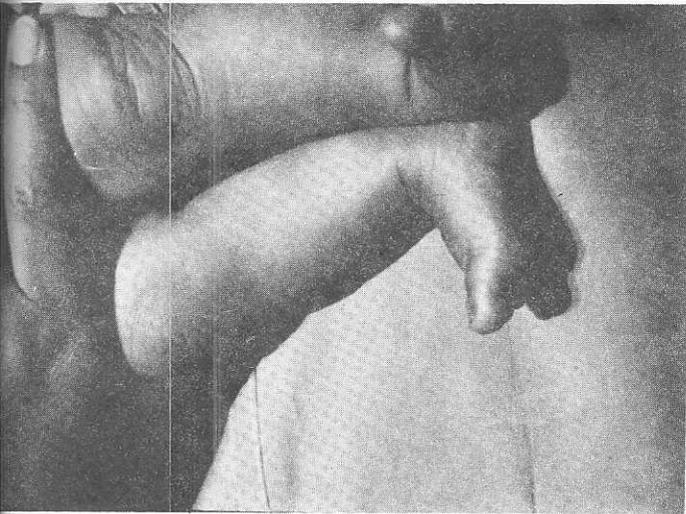
Foto No. 4 Paciente en estado inconsciente, quién fuera pateado por su Padre, ocasionándole fractura de cráneo y quién falleciera 2 días después.



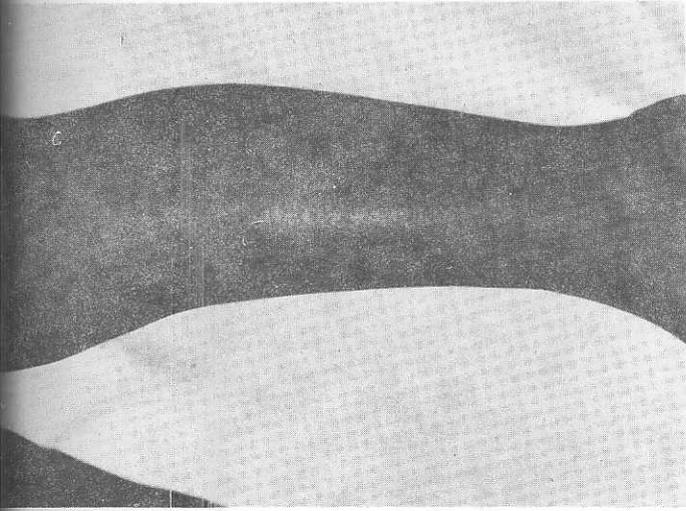
Fotografía No. 5.



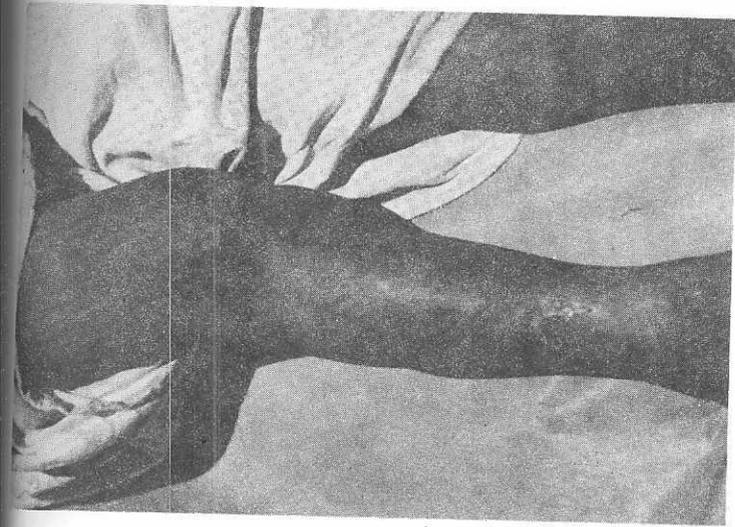
En estas Radiografias se puede observar la fractura, con hundimiento del frontal del lado izquierdo; lo cual le fuera ocasionado por una patada de su propio padre. (Ver caso No. 20).



Fotografía No. 6 Acortamiento inferior derecho, secundario a fractura de fémur, ocasionada por su madre.



Fotografía No. 7 Se observan lesiones ocasionadas por su Padre en Pierna Izquierda, en un momento en que era objeto de MALTRATO.



Fotografía No. 8. Paciente con heridas cortantes, con bordes irregulares, ocasionado en un momento de cólera por su propio padre en pierna derecha.

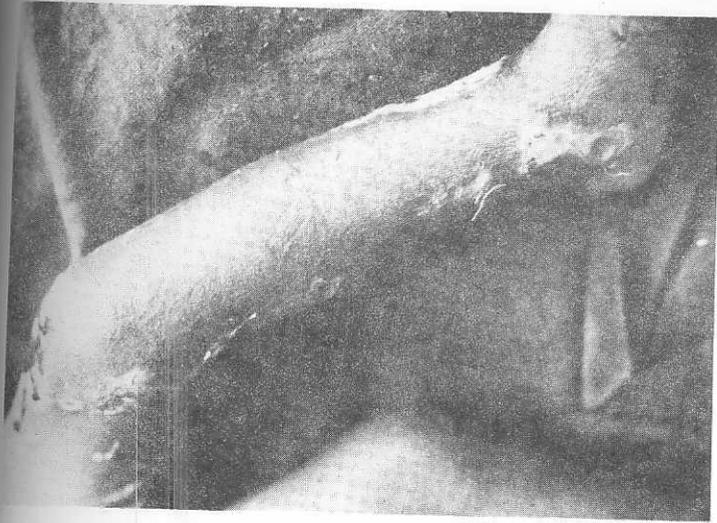


Foto No. 9. Paciente con quemaduras de Miembro Inferior Izquierdo, secundario a castigo que sus propios padres le ocasionaron al sumergirlo en agua hirviendo.

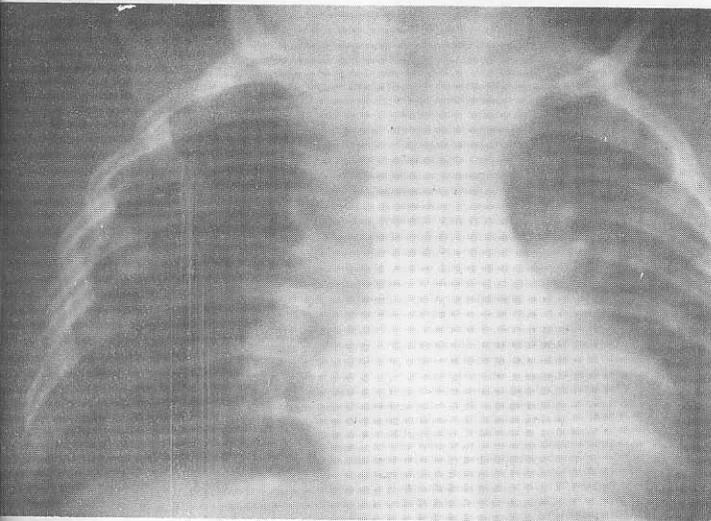


Foto No. 10. Paciente con fracturas costales, secundarias a MALTRATO.



Foto No. 11. Fractura antigua del Tercio Distal del Húmero lo cual es característico de MALTRATO.

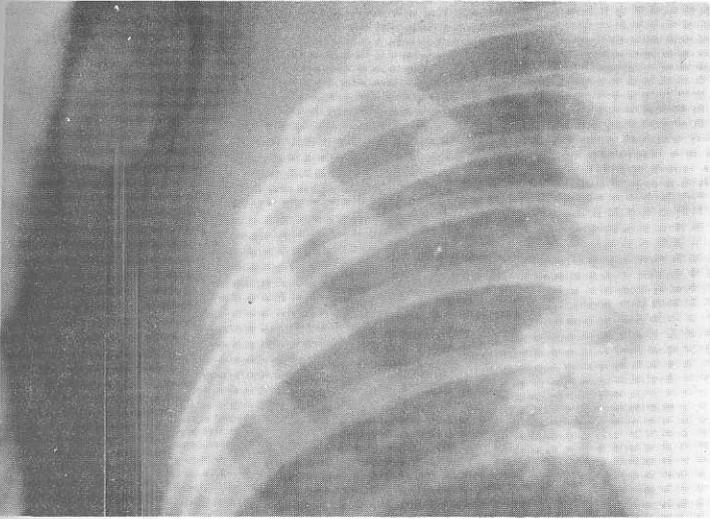


Foto No. 12. Múltiples Fracturas Costales, secundarias a MALTRATO.

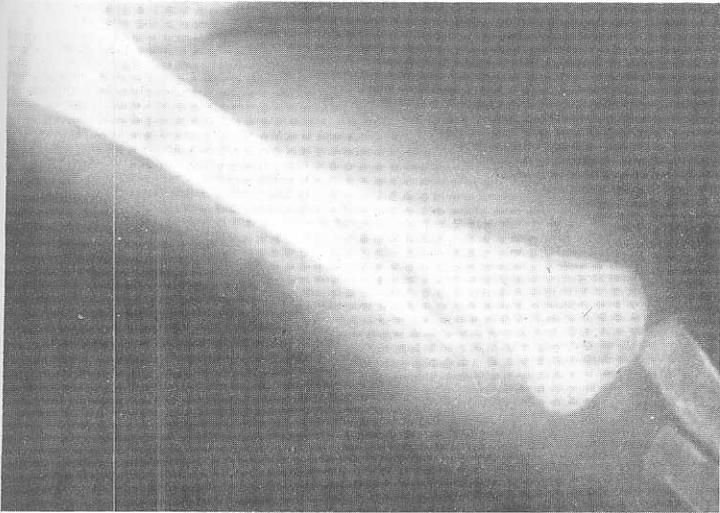


Foto No. 13. Fractura Helicoidal, del húmero, con edema de tejidos blandos, ocasionado por sus propios padres.



Fractura Supracondilia del Húmero y Fractura del tercio proximal del Radio, lo cual es característico del Síndrome del Niño Maltratado.

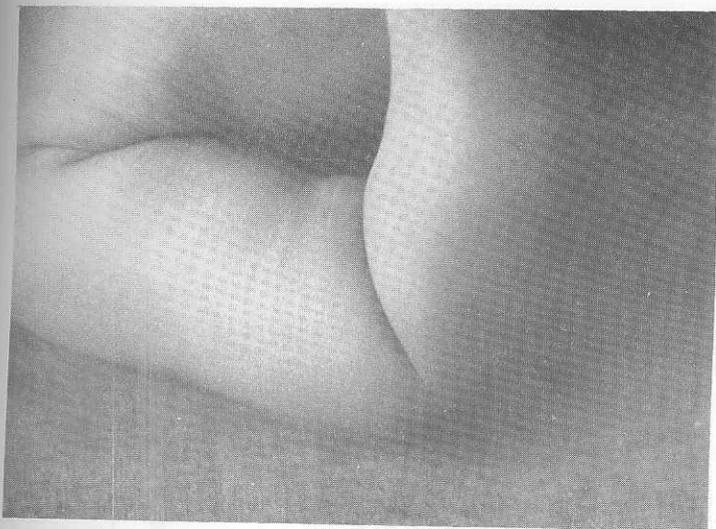


Foto No. 14. Edema de brazo derecho, secundario a fractura de Húmero, la cual le fue ocasionada en un momento de cólera de sus padres.



Foto No. 15. Pequeño mostrando cicatrices del codo, lo cual le eran ocasionadas por sus padres al defenderse la cara.

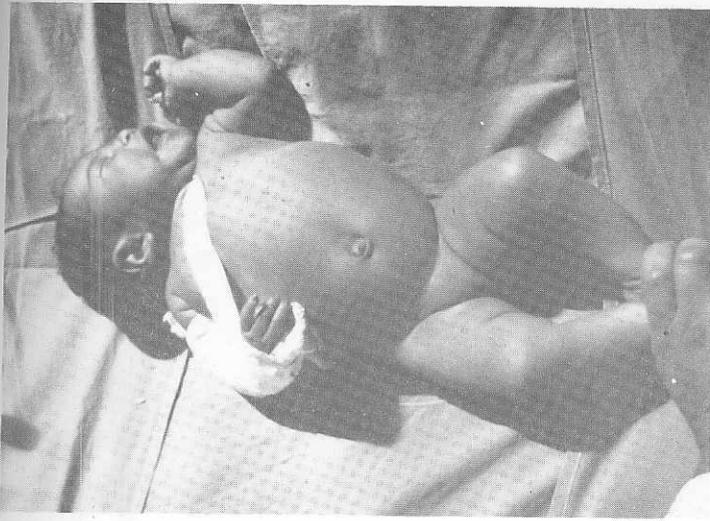


Foto No. 16. Paciente con eanal posterior, por fractura ocasionada por su propia madre.



Foto No. 17. Paciente que fuera MALTRATADO por sus padres, ocasionándole quemaduras con cigarrillo en el Abdomen.

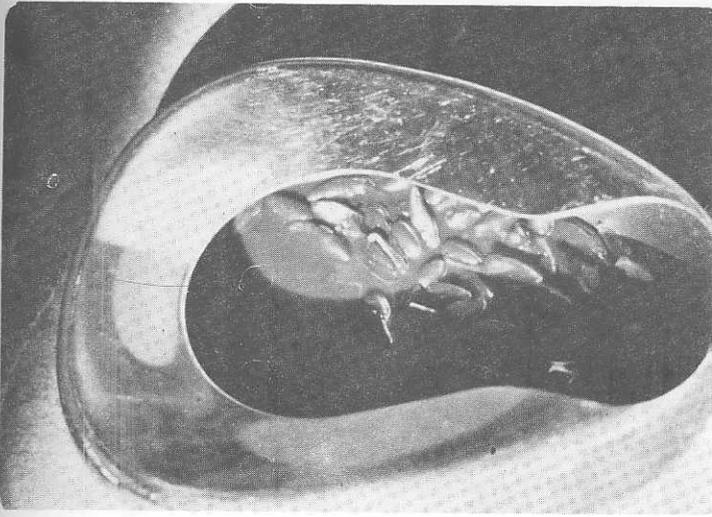


Foto No. 18. Chiles expulsados en la emergencia por paciente de 6 años de edad, los cuales le había dado la madre como castigo. (Ver caso No. 19)

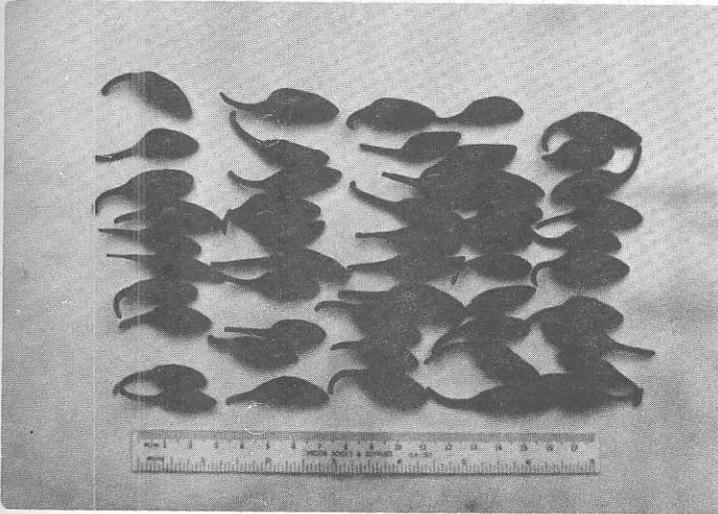


Foto No. 19. Chiles expulsados en la emergencia por paciente (Ver Caso No. 19).

CONCLUSIONES

1. El "MALTRATO EN LOS NIÑOS", es una enfermedad - que en nuestro medio, aumenta progresivamente y que por desconocimiento, no es reportado.

2. El manejo del paciente MALTRATADO, no solo es Médico sino social y en algunas condiciones Jurídico.

3. EL MALTRATO, no consiste única y exclusivamente en golpes sino también: Quemaduras (principalmente por cigarrillo), negligencia en la administración tanto de medicamentos como de alimentos y, la administración de drogas, principalmente sedantes, para callarlos.

4. Los MALTRATADORES, casi siempre son personas inmaduras, desesperadas o consecuencia, ellas mismas, de una infancia de privaciones y abusos.

5. El MALTRATO, sucede en cualquier edad, sin excepción de raza ni sexo.

6. Todo Paciente objeto de MALTRATO, debe ser hospitalizado, aunque sus lesiones no lo ameriten, para efectuar estudios.

7. El estudio radiológico, es de vital importancia, en niños objeto de abuso.

8. Una entrevista sin tiempo limitado y, el saber escuchar y observar, hace el diagnóstico.

9. El interés o preocupación, que el Médico deposita en el problema, visto por los familiares, es parte ya del tratamiento.

10. En muchos centros hospitalarios, no existe per-

sonal de servicio social.

11. Se pudo comprobar que la mayoría de los pacientes, fue mal manejado desde su ingreso hasta su salida.
12. No existen leyes que protejan al niño maltratodo; ni para el Médico que los detecta, para poder prevenir así, reincidencia de los MALTRATADORES y, posibles demandas judiciales en contra del facultativo.
13. Los MALTRATADORES, son los mismos progenitores
14. La forma como son llenadas las papelería, de cada paciente; son insatisfactorias.
15. La desnutrición, por tiempo largo; produce secuelas irreversibles.
16. Existen secuelas permanentes, de tipo psicológico; en Pacientes MALTRATADOS, difíciles de evaluar.

RECOMENDACIONES

1. Concientizar tanto a los estudiantes de medicina, como a los de enfermería, para que conozcan la importancia, que tiene conocer el problema y; hacer un diagnóstico precoz.
2. Que en todos los centros hospitalarios, existan estudiantes o profesionales en servicio social
3. Que todo paciente con el simple hecho de que, se sospeche que es objeto de mal trato; sea hospitalizado, aunque sus lesiones no lo ameriten.
4. A todo paciente objeto de MALTRATO, se le deben efectuar estudios radiológicos; aunque aparentemente no fueran necesarios.
5. Hacer del conocimiento de los padres de familia, de los "derechos del niño".
6. Crear centros nutricionales.
7. Construcción de parques infantiles.
8. Formación de organizaciones protectoras de niños y, hacer funcionales las ya organizadas.
9. Que se creen leyes que protejan, tanto al niño MALTRATADO como al Médico que los detecta; evitándose así, reincidencia de los MALTRATADORES y, demandas contra el Facultativo.
10. Que se divulge por todos los medios al alcance; la existencia del MALTRATO en los niños, con el objeto de dar a conocerlo, a distintas clases de personas, para que cada quien de acuerdo con sus posibilidades, ayude a la detección y resolución de ésta enfermedad.

11. Exigir en los hospitales, el poder contar con un equipo multidisciplinario; para el tratamiento de los casos detectados.

BIBLIOGRAFIA

1. Failure to thrive and fatal injury as a continuum
Bertran S. Koel, MD, San Francisco
Amer J. Dis child - Vol. 118, Oct. 1969.
2. Special Article
Battered Child Syndrome at the
Allan J. Ebbin, MD.
Michael H. Gollub, MD.
Arthur M. Stein, MPA, and
Miriam G. Wilson, MD, Los Angeles
Amer J. Dis Child - Vol 118, Oct 1969
3. The Syndrome of Abuse Dwarfism
(Psychosocial Dwarfism or Reversible hyposoma-
to tropsin)
John Money, PHD.
Am J. Dis Child - Vol 131 May. 1977.
4. Predicting Child Abuse: Signs of Bonding failu-
re in the Maternity Hospital.
Margaret a Lynch, Jacqueline Roberts
British Medical Journal, 1977 - 1624 - 626
5. Non - Accidental Inmersión in Bath - Water:
Another Aspect of child Abuse.
James Nixon, John Pearn MD.
British Medical Journal, Junnary 1977.
6. Impeding Child Abuse
Psrchosomatic Symptoms in Adults as a Clue
R. Peter Mogielnicki, MD. Nancy Poffenberger,
MPH, CHA, James E. Chandler, MD. Michael P.
Weissberg, MD.
7. Compassión Vs, Control
Conceptual and practical Pitfals
In the Broadened Definición of child Abuse

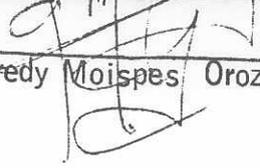
- Alvin A. Rosenfeld, MD, Eli H. Newberger, MD.
Jama, May 1977 Vol. 237 No. 19
8. Failure to Diagnose Battered - Child Syndrome. William J. Curran J.D., SM Hyc.
Medial Intelligence - Curran Vol. 296 No. 14
 9. Battered Child Syndrome
Review of 130 Patients with Controls.
Brian Lauer, Md., Elsa Ten Broeck, M.S.W. and
Moses Grossman, MD.
From the Department of Pediatrics, San Francisco.
General Hospital and University of
California, San Francisco.
Pediatrics Vol. 54 No. 1 July 74.
 10. A Multidisciplinary Approach to the
Treatment of Child Abuse
Vicent. J. Fontana, MD, And Esther Robison,
M.A. Pediatrics Vol. 57 No. 5 May. 1976
 11. The Battered Child
Clement A. Smith, M.D.
The New England Journal, of Medicine Aug. 9
1973.
 12. Psychologic Aspects of the Maltreatment
Syndrome of Childhood
Michael I. Cohen, Captain, USAF (MC), Dabid
L. Raphiling, Captain, USAF (MC), and Phillip
E. Green, Major, USAF (MC)
The Journal of Pediatrics, August 1966.
 13. Chil Abuse
David L. Chadwick, MD
Jama, May 3, 1976 - Vol 235 No. 18
 14. Child Abuse and Neglect Programs: A National
Overview By Saad Z. Nagi
Children Today, May-June 1975.
 15. The Battered- Child Syndrome
C. Henry Kempe, M/D/ Denver, Frederic N. Silver
man M/D/ Cincinnati, Brandt F. Steele. M.D.
William DroegemueLLer, M.D. And Henry K. Silver
M.D. Denver.
Jama. July 7, 1962 Vol. 181, No. 1
 16. Sexual abuse of Children
An Epidemiologic Study
Arthur C. Jaffe, M.D. Lucille Dynneson, RN, Robert
W. ten Bensel, M.D.
Am J Dis Child/Vol. 129, June 1975
 17. Transcultural Factors In Child Abuse
B.A. Robertson, M.A. Hayward
SA. Medial Journal 9 October 1976.
 18. The Etiology Of Child Abuse
Ray M. Helfer, M.D.
Pediatrics, Vol. 51 No. 4, Part II, April 1973
 19. Role Of The Child Protective Organization
James S. Cameron M.S.W.
Pediatrics, Vol. 51, No. 4, Part II April 1973
 20. Child Abuse: The Role Of The Physician
And The Hospital
Edmund N. Joyner III, M.D.
Pediatrics, Vol. 51 No. 4, Part II April 1973
 21. A Practical Approach To The Protection Of The
Abused Child And Rehabilitation of The Abusing
Parent. C. Henry Kempe, M.D.
Pediatrics, Vol. 51 No. 4, Part II, April 1973
 22. History And Demography of Child Abuse
Theo Solomon, Ph. D.
Pediatrics. Vol. 51 No. 4 Part II. April 1973
 23. Incest: Children at Risk

By Diane H. Browning, M.D., And Bonny Boatman, M.S.W.

Am J. Psychiatri 134:1, January 1977

24. Child Abuse: Pathological Syndrome of Family Interaction. By Arthur H. Green, M.D. Richard W. Gaines. And Alice Sandgrund. PH. D. Am J Psychiatri 131: 8, August 1974
25. Suffer The Little Children, The Abusers, The Abused, And The Doctor. Emergency Medicine 7 (9) Pag. 140-178
26. The Law And The Abused And Neglected Child Jacob L. Isaacs, LL. B. Pediatrics, Vol. 51, No. 4 Part II, April - 1973
27. Role Of The Courts Judge Florence M. Kelley Pediatrics, Vol. 51, No. 4, Part II, April 1973
28. A Psychiatric Study Of Mothers Of Infants With Growth Failure Secondary To Maternal Deprivation. Joseph Fischhoff, M.D/ Charles F. Whitten. M.D. And Marvin G. Pettit, M.S.W. The Journal Of Pediatrics, Vol. 79, No. 2, pp. 209-215, August, 1971
29. Skin Manifestations of The Battered-child Syndrome. Sidney J. Sussman, M.D. San Francisco, Calif. Brief Clinical and laboratory observations. Volumen 72 Number I
30. Abdominal Visceral Injuries in Battered Children. Robert J. Toulaukian, M.D. Pediatrics, Vol. 42, No. 4, October 1968

31. The Diagnosis Of The Maltreatment Syndrome in Children. Vicent J. Fontana, M.D. Pediatrics, Vol. 51, No. 4, Part II, April 1973
32. Child Abuse: Early Case Finding In The Emergency Department. Joan C. Holter, A.C.S.W., And Stanford B. -- Friedman, MD/ Pediatrics, Vol. 42, No. 1 July 1968.


Br. Fredy Moispes Orozco Molina

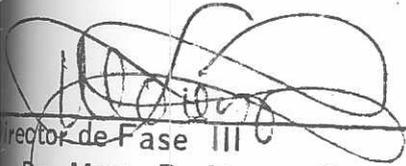

Asesor

Dr. Jos'e Echeverrfa

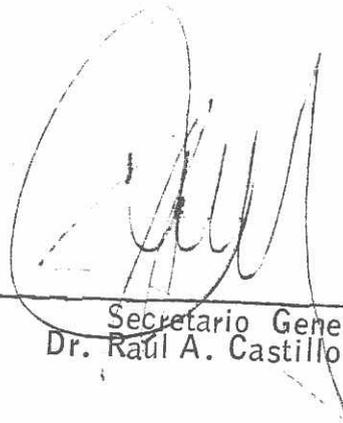


Revisor

Dr. Jorge Prado

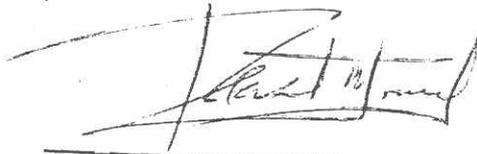

Director de Fase III

Dr. Mario R. Moreno C.



Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo.Bo.



Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo