



unidade **didáctica** 14

VIOLENCIA DOMÉSTICA: MALOS TRATOS A MENORES

María Sol Rodríguez Calvo
Departamento de Anatomía Patolóxica e Ciencias Forenses
Facultade de Medicina



© Universidade de Santiago de Compostela, 2008

Deseño
Unidixital

Edita
Vicerreitoría de Cultura
da Universidade de Santiago de Compostela
Servizo de Publicacións
da Universidade de Santiago de Compostela

Imprime
Unidixital
Servizo de Edición Dixital da
Universidade de Santiago de Compostela

Dep. Legal: C 872-2008
ISBN 978-84-9750-997-8

ADVERTENCIA LEGAL: reservados todos os dereitos.
Queda prohibida a duplicación parcial ou total desta obra, en calquera forma ou por calquera medio (electrónico, mecánico, gravación, fotocopia ou outros) sen consentimento expreso por escrito dos editores.

ANEXO II: LIGAZÓNS DE INTERESE

- American Professional Society on the Abuse of Children: <http://www.apsac.org>
- Missing and Exploited Children's Training Programs: <http://www.foxvalley.tec.wi.us/ojidp>
- National Center for Missing and Exploited Children: <http://www.missingkids.org>
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information: <http://www.calib.com/nccanch>

BIBLIOGRAFÍA

- CAFFEY, J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am. J. Roentgenol.* 56:163-173 (56).
- CALVO ROSALES, J; CALVO HERNÁNDEZ, JR. *El niño maltratado*. Ed. Cea, Madrid. 948 (1986).
- DELGADO, A; GARATE, J; SANTOLAYA, JM; SOBRADILLO, B; RODRÍGUEZ, JM. Síndrome del niño maltratado. *Medicine* 85:47-54 (1987).
- FONTANA, VJ; DONOVAN, D; WONG, RJ. The "maltreatment syndrome" in children. *New England J. Med.* 269:1389-1394 (1963).
- GIL, DG. Physical abuse of children. Findings and implications of a nationwide survey. *Pediatrics* 44:857-864 (1969).
- HOBBS CJ, HELGA GI, WYNNE JM. *Child abuse and neglect*. Churchill Livingstone, Nueva York. 1993
- KEMPE, CH; SILVERMAN, FN; STEELE, BF; DROEGEMUELLER, W; SILVER, HK. The battered-child syndrome. *J.A.M.A.* 181:17-24 (1962)
- KLEINMAN PK. *Diagnostic imaging of child abuse*. Mosby, St. Louis. 1998
- MEADOW R. *ABD of Child Abuse*. BMJ Publishing Group, Bristol. 2002
- QUEROL, X. *El niño maltratado*. Ed. Pediátrica, Barcelona. 13 (1990)
- REECE RM, LUDWIG S. *Child Abuse. Medical Diagnosis and Management*. Lippincott Williams and Wilkins, Filadelfia. 2001
- SILVERMAN, FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am. J. Roentgenol.* 69:413-427 (1953).

ANEXO I: MODELO DE PARTE DE LESIÓNS

HOSPITAL PROVINCIAL

Servizo de Urgencias

PARTE XUDICIAL

— Sendo as..... horas, do día..... de..... de 200-, asistiuse neste servizo de urgencias a D./D^a..... de..... anos de idade, con domicilio en.....

..... e teléfono..... que presentaba as seguintes lesións:

(1)

— Segundo manifesta, estas lesións foron producidas como consecuencia de:

(2)

A asistencia prestada neste servizo consistiu en:

(3)

Recoméndanse as seguintes medidas terapéuticas:

(4)

— O médico responsable da asistencia foi o Dr./Dra..... colexiado n.º....., que comunica o feito a V. I. para os efectos que considere oportunos.

Firma,

SR. MAXISTRADO-XUÍZ DO XULGADO DE GARDA DE.....

- (1) Debemos poñer todas as lesións. As que esquezamos, ou aparezan posteriormente, van suscitar problemas de relación de causalidade co accidente.
(2) P. e. accidente de tráfico, accidente doméstico, agresión, accidente laboral, etc.
(3) P. e. exploracións radiolóxicas, cura da ferida, redución da fractura, etc.
(4) P. e. retirada dos puntos aos sete días, revisión polo seu especialista de área, tratamento analxésico, acudir novamente a este servizo se nota molestias, etc.

MATERIA: MEDICINA LEGAL E TOXICOLOXÍA. DEONTOLOXÍA E LEXIS-LACIÓN MÉDICA

TITULACIÓN: LICENCIATURA EN MEDICINA

PROGRAMA XERAL DO CURSO

Localización da presente unidade didáctica

PARTE I. INTRODUCCIÓN

PARTE II. DEREITO MÉDICO

PARTE III. PATOLOXÍA FORENSE

UNIDADE 1. O PROCESO DA MORTE

DIAGNÓSTICO E CERTIFICACIÓN DA MORTE
TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

UNIDADE 2. FENÓMENOS CADAVERÍCOS

PROCESOS CADAVERÍCOS DESTRUTORES E
CONSERVADORES

UNIDADE 3. A DATA DA MORTE NO CADÁVER RECENTE E NO ANTIGO

UNIDADE 4. PROCEDEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN

NO CADÁVER RECENTE. A DACTILOSCOPIA
NO CADÁVER ALTERADO. A IDENTIFICACIÓN
ODONTOLÓXICA
A IDENTIFICACIÓN PERSOAL NAS GRANDES
CATÁSTROFES
A IDENTIFICACIÓN DE RESTOS ESQUELÉTICOS

UNIDADE 5. MORTE NATURAL E MORTE VIOLENTA

TIPIFICACIÓN XURÍDICO-PENAL DA MORTE VIOLENTA
CAUSA, MECANISMO E CIRCUNSTANCIAS DA MORTE

UNIDADE 6. LESIÓNS POR ARMA BRANCA

UNIDADE 7. LESIÓNS POR ARMA DE FOGO E EXPLOSIVOS

UNIDADE 8. LESIÓNS POR TRAUMATISMOS CONTUNDENTES

UNIDADE 9. ESTUDO MÉDICO-LEGAL DOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

UNIDADE 10. ASFIXIAS MECÁNICAS: CONCEPTO E CUESTIÓNS XERAIS

AFORCAMENTO E ESTRANGULACIÓN

UNIDADE 11. SUFOCACIÓN. SUBMERSIÓN

UNIDADE 12. MORTE POR ELECTRICIDADE INDUSTRIAL E ATMOSFÉRICA

UNIDADE 13. MORTE POR QUEIMADURAS E HIPOTERMIA

UNIDADE 14. VIOLENCIA DOMÉSTICA (I)
MALOS TRATOS A MENORES

UNIDADE 15. VIOLENCIA DOMÉSTICA (II)
MALOS TRATOS NA MULLER E NOS ANCIÁNS

UNIDADE 16. MORTE SOSPEITOSA
ESTUDO MÉDICO-LEGAL DA MORTE SÚBITA DO ADULTO
E INFANTIL

PARTE IV. CLÍNICA MÉDICO-LEGAL

PARTE VII. XENÉTICA FORENSE

PARTE VIII. TOXICOLOXÍA FORENSE

como á proximidade temporal destes, con independencia de que a dita violencia se exercera sobre a mesma ou diferentes vítimas das comprendidas neste artigo e de que os actos violentos sexan ou non obxecto de enxuciamiento en procesos anteriores.

Tamén se poden aplicar, dependendo dos casos os artigos:
Lei de axuizamento criminal: Art. 262, 13, 103, 109 e 544 bis
Código Penal: Art.153, 617 e 620
Código Civil: Art. 170 e 211
Lei de axuizamento civil: Art. 763

ACTIVIDADES PROPOSTAS

- Describir o cadro lesional dun caso de malos tratos a menores presentado.
- Sinalar os indicadores de malos tratos nese caso.
- Discutir e razoar a actitude a seguir ante ese caso.
- Elaborar un parte de lesións.

AVALIACIÓN DA UNIDADE

Esta unidade forma parte do programa da materia Medicina Legal e Toxicoloxía. Deontoloxía e Lexislación Médica. Como tal, a avaliación farase conxuntamente co resto dos temas da materia. Os alumnos deberán realizar un exame final obrigatorio que será tipo test ou ben mixto, subdividido en tres bloques de preguntas que ponderan o contido do programa.

En concreto, esta unidade será valorada tendo en conta:

- A resposta ás preguntas do exame.
- A participación activa na clase e nas prácticas.
- O resultado da súa contribución as actividades propostas.

educación médica, en relación ao SNM. O clínico non é consciente de que os pais poden inflixir lesións serias aos seus fillos ou ata matalos.

b. Dificultade para pronunciarse en moitos casos debido á dúbida diagnóstica ou, mellor dito, a dúbida en canto á etioloxía medicolegal da síndrome.

c. Temor do médico, pediatra sobre todo, a quebrantar o segredo profesional. Aínda que haxa algúns médicos que se escudan no deber do segredo profesional, cremos que ao médico lle incumbe a plena protección do neno e non lle é dado invocar o Segredo Profesional para eludir a denuncia duns malos tratos ou sevicias graves, confirmados ou presuntos, inflixidos a un neno. Unha concepción estrita do Segredo Profesional nestes casos sería improcedente.

Cando un médico teña razoables fundamentos para sospeitar que un neno ao que presta asistencia facultativa é obxecto de malos tratos, está obrigado a poñer o feito en coñecemento da autoridade xudicial, xa que cabe a posibilidade de que, ao proseguir as sevicias, dito neno poida sufrir danos corporais de maior gravidade e ata mortais.

Esta sería, pois, unha das circunstancias nas que o médico está obrigado a revelar o segredo, poñéndose de manifesto a relatividade do mesmo que prevaleceu na nosa lexislación (Lei de axuízamento criminal art. 259 e 262, Código Penal art. 576).

d. Por evitarse molestias o propio facultativo.

O médico intenta evitar “complicacións” inherentes a unha posible implicación de calquera trámite, comparecencia ou declaración que de ordinario conlevan as actuacións xudiciais. Ademais, nalgúns casos existe un descoñecemento do xa mencionado art. 262 da L.E.C.

Cremos que a defensa dun neno compensa as posibles incomodidades de ter que acudir aos tribunais cando sexamos requiridos a achegar o noso testemuño.

4.2. ACCIÓN PENAL CONTRA OS AGRESORES

Na nosa Lexislación existe un artigo do Código Penal que tipifica o delito de malos tratos no ámbito familiar, dentro do que se atopa o inflixido aos menores. Así, o artigo 153 expresa: “*O que habitualmente exerza violencia física ou psíquica sobre quen sexa o seu cónxuxe ou sobre persoa que estea ligada a el de forma estable por análoga relación de afectividade, ou sobre os fillos propios ou do cónxuxe ou convivinte, pupilos, ascendentes ou incapaces que con el convivan ou que se achen suxeitos a potestade, tutela, curatela, acollemento ou garda de feito ou outro, será castigado coa pena de prisión de seis meses a tres anos sen prexuízo das penas que puidesen corresponder aos delitos ou faltas en que se concretaron os actos de violencia física ou psíquica*”.

Para apreciar a habitualidade a que se refire o parágrafo anterior, atenderase ao número de actos de violencia que resulten acreditados, así

ÍNDICE

Presentación.....	7
Os obxectivos.....	7
Os principios metodolóxicos	8
Os contidos básicos	8
1. CONCEPTO. TIPOS DE MALTRATO	8
1.1. CONCEPTO.....	9
1.2. TIPOS DE MALTRATO	10
2. ASPECTOS PSICO-SOCIAIS.....	10
2.1. EPIDEMIOLOXÍA	10
2.2. ETIOPATOXENIA	11
3. ASPECTOS MÉDICOS.....	13
3.1. MANIFESTACIÓNS CLÍNICAS	13
3.1.1. LESIÓNS POR VIOLENCIAS FÍSICAS.....	13
3.1.2. LESIÓNS POR VIOLENCIAS QUÍMICAS.....	19
3.1.3. ABUSO SEXUAL	20
3.1.4. FALTA DE COIDADOS	21
3.1.5. MALTRATO EMOCIONAL	22
3.1.6. SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES	23
3.2. DIAGNÓSTICO	24
3.2.1. DIAGNÓSTICO MÉDICO	24
3.2.2. DIAGNÓSTICO MÉDICO-LEGAL.....	26
3.2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	26
4. ASPECTOS LEGAIS.....	27
4.1. ACTUACIÓN DO MÉDICO ANTE UN CASO DE MALOS TRATOS	27
4.2. ACCIÓN PENAL CONTRA OS AGRESORES	28
Actividades propostas.....	29
Avaliación da unidade.....	29
Anexo I: Modelo de parte de lesións	30
Anexo II: Ligazóns de interese	31
Bibliografía	31

2. Lesións xerais ou sistémicas:
 - Intoxicación por drogas ou medicamentos.
 - Cadros febrís de repetición simulando inmunodeficiencia.
 - Trastornos metabólicos.
3. Lesións óseas:
 - Escorbuto.
 - Sífilis conxénita.
 - Osteoxénese imperfecta.
 - Hiperostose cortical infantil.

4. ASPECTOS LEGAIS

4.1. ACTUACIÓN DO MÉDICO ANTE UN CASO DE MALOS TRATOS

Unha vez que da exploración clínica e da anamneses o médico obtén unha fundada sospeita de atoparse ante unha síndrome de malos tratos, en xeral, aconséllase que adopte as seguintes medidas:

1. Propoñer a inmediata hospitalización do neno por un período inicial de 24 a 48 horas, o cal ten as seguintes vantaxes:
 - O hospital é a institución mellor estruturada para manexar os casos de nenos maltratados.
 - Se é un médico extrahospitalario o que ordena a hospitalización evitará con iso posibles conflitos cos pais.
 - Ademais, a hospitalización non só vai permitir tratar adecuadamente as lesións, senón completar o estudo mediante a colaboración co laboratorio, radiólogo e asistente social. Á vez que serve de protección ao neno para afastalo momentaneamente do ambiente familiar, evitando así a posibilidade de novas agresións.
2. Esta hospitalización pódese prolongar se non existe a certeza de que o retorno ao fogar poida facerse coas debidas garantías.
3. É importantísimo obter fotografías en cor do neno maltratado, xa que servirán para documentar o caso e seguir a súa evolución.
4. Conversación cos pais, facéndolles ver a conveniencia da hospitalización para un mellor seguimento do neno. Faráselles saber o noso criterio de que se o neno fose suficientemente protexido non sufriría tales "lesións".
5. Envío de parte de lesións ao xulgado.

Parece confirmarse que na práctica non sempre se informa á autoridade xudicial dunha posible síndrome de malos tratos. Segundo algúns estudos son denunciados menos de 1/3 dos casos de abuso vistos por un médico. O incumprimento desta obriga inescusable, o da denuncia, explicárase por algún ou algúns dos seguintes supostos:

- a. Descoñecemento por parte de gran número de médicos da complexa síndrome de malos tratos infantís. Hai unha clara falta de

3.2.2. DIAGNÓSTICO MÉDICO-LEGAL

A intervención do médico lexista nos casos de SNM ten lugar en dúas situacións:

- Para a valoración das lesións no neno vivo.
- Cando o neno faleceu vítima de malos tratos.

No primeiro caso, ao diagnóstico non se chega de forma moi diferente ao que vimos na sección anterior. O problema fundamental que se suscita neste caso é o feito de que cando o neno é explorado moitas das lesións poden ter xa curado. Por iso é tan importante que ante a sospeita deste cadro o médico de urxencias, que atende por primeira vez ao neno, obteña fotografías.

No segundo caso, a actuación consistirá na realización da preceptiva autopsia. No entanto, antes de proceder á necropsia, recoméndase sempre obter toda a información posible en relación co caso, o que permitirá unha máis correcta interpretación dos achados de autopsia.

Unha vez recollidos estes datos, procederase á práctica da mesma:

1. EXAME EXTERNO.- Obviamente revela importantes e variados signos que nos poñen na pista da natureza, extensión e antigüidade das lesións. Todos eles foron xa comentados con anterioridade polo que non imos incidir de novo neles.
2. EXAME INTERNO.- Antes de comezar éste, farase un estudo radiolóxico completo de todo o cadáver que permita evidenciar as posibles fracturas existentes (tanto antigas como recentes).

Tamén é importante sinalar que, en ocasións, as equímosas na pel non son visibles malia os golpes recibidos. Por iso, en casos de sospeita desta síndrome deben realizarse longas incisións nas costas, nádegas e extremidades para revelar hemorraxias subxacentes de tecidos brandos.

O exame interno, polo demais, non difire nada do efectuado no adulto. Hai que recordar a importancia da recolleita de mostras de todas as lesións externas que se atopan, ao obxecto de realizar os pertinentes estudos histolóxicos e bioquímicos que permitan establecer a súa antigüidade e vitalidade.

3.2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dado que as lesións que pode presentar un neno vítima de malos tratos físicos son semellantes, en ocasións, ás que se observan en procesos doutra etioloxía, é necesario realizar un diagnóstico diferencial coidadoso que permita confirmar ou descartar, coas máximas garantías de seguridade posibles a existencia de malos tratos, xa que do resultado deste vai depender a nosa actuación médica e legal.

Tales lesións poden ser de tres tipos:

1. Lesións cutáneas:
 - Diáteses hemorráxicas.
 - Eritema multiforme.
 - Lesións dermatolóxicas de tipo eritematoso.

PRESENTACIÓN

A historia do maltrato os nenos remóntase ás orixes da historia do home e é sorprendente ver como ao longo do tempo se mantivo, ata épocas recentes, unha situación de permisividade por parte da sociedade. De feito, o abuso e os malos tratos infantís foron ignorados a nivel social e xurídico ata despois da II Guerra Mundial. De entre todos os tipos de violencia cara aos nenos, imos referirnos a aquela que se desenvolve nun espazo determinado -o medio familiar- e nunhas circunstancias que definen unha entidade clínica: o neno maltratado.

O recoñecemento desta realidade sociolóxica por parte da clase médica é aínda máis recente, xa que hai pouco máis de 40 anos que se describiu esta síndrome, precisando a súa etioloxía traumática non accidental.

A importancia deste problema recae no feito de que non está limitado en si mesmo, o trauma vai repetirse ata (ou a menos que) o paciente sexa separado do ambiente daniño ou ben ata que estas condicións ambientais sexan eliminadas. En moitas ocasións o final é trágico, chegando ata a morte.

Un diagnóstico a tempo da síndrome de abuso e abandono do neno case sempre prevén un resultado fatal; un diagnóstico correcto na autopsia pode previr lesións ou morte doutros irmáns.

Trátase dunha área de responsabilidade para médicos forenses, clínicos, enfermeiras, mestres e, en xeral, todas as persoas relacionadas co neno maltratado. Estamos, pois, fronte a un problema de gran importancia, non só médica senón tamén cunha gran transcendencia social e legal.

Nesta unidade didáctica, incluída na parte de Patoloxía forense, pretendemos que o médico xeral teña en conta esta realidade á hora de facer un diagnóstico. Tamén que saiba cal é o seu papel e os camiños que ha de tomar para manexar ben cada un dos casos que se lle poden presentar.

OS OBXECTIVOS

- Describir as distintas modalidades de maltrato infantil.
- Identificar e analizar os signos e síntomas indicadores de malos tratos.
- Expoñer os criterios de diagnóstico e intervención (papel do médico).
- Resaltar a importancia da súa detección e denuncia (parte de lesións).
- Indicar os obxectivos e procedementos da pericia médica nestes casos.

OS PRINCIPIOS METODOLÓXICOS

- Expoñeremos aos alumnos a información indispensable sobre os contidos da materia.
- Fomentaremos a participación do alumnado na procura de información adicional importante, orientándoo no uso das fontes bibliográficas necesarias.
- Propoñeremos actividades e exercicios prácticos que desenvolvan diferentes aspectos dos contidos e promovan a adquisición das habilidades previstas. Entre eles, o estudo de casos.
- O novo marco teórico irase introducindo tendo en conta os coñecementos previos do alumnado.

OS CONTIDOS BÁSICOS

1. CONCEPTO. TIPOS DE MALTRATO

O problema dos malos tratos inflixidos aos nenos é, sen dúbida, un fenómeno de violencia, sobre o que se adquire conciencia desde o punto de vista médico a mediados do século XX. O concepto actual ten a súa orixe en 1946, a partir da publicación de J. Caffey, eminente radiólogo-pediatra americano, que describiu unha síndrome caracterizada por hemorraxia subdural e fracturas dos ósos das extremidades, cuxa verdadeira etioloxía non precisou.

En 1953, Silverman, continuando o traballo de Caffey, determinou a orixe traumática das lesións e denominou a este cadro clínico “trauma de orixe descoñecida”. Pouco tempo despois púidose concluír que tales lesións eran, a miúdo, non accidentais senón infrinxidas por outro individuo. Observouse que as lesións óseas e o cadro clínico xeral, secundario á negligencia, mello-raba cando os pequenos eran separados do seu ambiente habitual.

Chegábase así a un punto en que, tras certa incredulidade inicial, quedaba asegurado que os nenos podían ser obxecto de violencia e brutalidade intencionada por parte dos pais ou cuidadores.

En 1962, Kempe e col. realizaron un estudo a nivel nacional e acuñaron o termo “the battered child syndrome” (“síndrome do neno apaleado ou golpeado”), dando lugar a un recoñecemento xeral da síndrome e abrindo as portas a un período trascendental de estudo e investigación sobre o tema.

A “síndrome do neno apaleado” foi definido por Kempe como unha entidade que presentaban nenos que recibiran graves agresións de tipo físico, xeralmente por parte dos seus pais ou persoas ao seu coidado, que conducían frecuentemente a lesións permanentes e ata a morte.

En 1963, Fontana e col. na súa publicación “The maltreatment syndrome in children” (“A síndrome do maltrato infantil”) puntualizan que as manifestacións do maltrato non se limitan a manifestacións físicas graves, senón que poden consistir en evidencias ou lesións físicas menores ou múltiples, en

te, tanto desde o punto de vista físico como psicolóxico, feito de gran valor diagnóstico.

Outros feitos que nos poden axudar ao diagnóstico son:

- Atraso na procura de asistencia médica.
- Variacións e contradicións na historia relatada polos pais.
- Discordancia entre a historia contada polos pais e os achados da exploración física.
- Visitas repetidas a diferentes médicos ou a diferentes hospitais.
- Consulta non xustificada en horas nocturnas.

A exploración física debe de ser minuciosa, buscando pequenos signos de maltrato. Neste sentido sinalábanse catro criterios que poden axudar ao diagnóstico:

- Criterio cuantitativo: as lesións adoitan ser múltiples.
- Criterio cualitativo: poden observarse os tipos máis diversos de- tras.
- Criterio cronolóxico: diferente antigüidade das lesións.
- Criterio topográfico: as lesións non se localizan nas partes sa- lientes que adoitan ser obxecto de lesións de orixe accidental.

Tamén hai que ter en conta a actitude dos pais que pode ser: contradictoria, indiferente, de esaxerada sobreprotección ou ben agresiva cara ao fillo.

A actitude do neno durante a exploración pode tamén axudar a rea- lizar o diagnóstico. Adoitan ser nenos tristes, con cara inexpresiva e mirada perdida. Ás veces gritan cando alguén se achega e outras demandan axuda ata do seu agresor. Os pacientes cronicamente maltratados non responden á exploración nin á dor adoptando unha actitude pasiva, afastada do medio.

En canto á exploración radiolóxica, as lesións características do SNM xa foron comentadas anteriormente. En resumo, podemos dicir que obrigan a pensar neste diagnóstico:

- calquera fractura ósea nun neno menor de 2 anos e
- calos de fracturas en diversos estadios de resolución.

En síntese, pois, ante a sospeita dun SNM, aconséllase levar a cabo as seguintes actuacións:

1. Realizar unha historia clínica detallada e un exame físico completo do neno, procurando obter fotografías en cor das lesións.
2. Comparar a historia coa exploración.
3. Considerar o diagnóstico diferencial, solicitando datos de laboratorio para descartar estados carenciais (anemia, hipoproteinemia, etc.) e radiolóxicos, incluído se é necesario un TAC para estudo de afectación neurolóxica.
4. Hospitalizar o neno como medida de protección temporal, mentres se somete familia a tratamento psicoterápico ou para completar o estudo. Consultar co asistente social.

tranquilizantes ou barbitúricos, administrando insulina (coma hipoglicémico) ou comprimindo o seo carotídeo (convulsións).

Recentemente, destacáronse as seguintes características: nais cunha idade media de 30 anos, de aparencia normal, intelixentes, cooperativas cos médicos, sobreprotectoras co fillo. En ocasións, a nai ten coñecementos de medicina (enfermeiras, secretarias de médicos...). A súa capacidade de invención ao mesmo tempo que de agresividade demostrannola os casos de sepses e ulceracións gastrointestinais, administración de nafta por vía intravenosa, episodios de apnea e cianoses por sufocación descubertos por vixilancia da nai a través de vídeos ocultos nas habitacións dos hospitais.

3.2. DIAGNÓSTICO

3.2.1. DIAGNÓSTICO MÉDICO

O médico necesita ter un nivel inicial de sospeita para facer o diagnóstico de SNM. Aínda que é certo que existen casos que polas súas manifestacións clínicas son de fácil diagnóstico, sobre todo os de orixe traumática, tamén é certo que gran número deles presentan dúbidas diagnósticas ou ata pasan desapercibidos.

Segundo algúns autores o médico debe sospeitar este diagnóstico ante toda lesión non explicada, sobre todo se o paciente está en idade pre-escolar. Outros autores, en cambio, esixen a concorrencia dunha serie de factores como: neno de idade inferior a tres anos, que presente lesións traumáticas polimórficas e en diferente estado evolutivo, de explicación non convincente por parte dos familiares; con aspecto descoidado na súa hixiene e vestido, así como atraso estaturado-ponderal e que mostre actitude de receo e temor. Tamén ante calquera neno que morre subitamente.

O diagnóstico realízase case exclusivamente pola anamneses e exploración física, que en ocasións estarán apoiados por unha exploración radiolóxica complementaria. É menos frecuente ter que recorrer a outras técnicas de diagnóstico especiais. Para que unha historia clínica sexa útil debe recoller de forma exhaustiva non só os aspectos ou manifestacións clínicas relacionadas cos feitos traumáticos, senón tamén os antecedentes e acontecementos familiares do neno, os pais e as circunstancias da contorna.

O primeiro contacto cos pais ou cuidadores así como a súa actitude e explicación dos feitos é de vital importancia. Neste sentido é importante sinalar que a actitude do médico non debe de ser hostil, nin demostrarse anoxado, pola contra, debe de ser obxectivo, tratando de obter a colaboración dos pais no interrogatorio. O Comité de Cuidados e Atencións Hospitalarias da Academia Americana de Pediatría recomendou recentemente o ingreso hospitalario como primeiro eslavón para o diagnóstico e tratamento do neno maltratado. O ingreso permite tratar as lesións, prevén de novas agresións traumáticas e, a partir do mesmo iníciense as exploracións complementarias necesarias. O neno no medio hospitalario mellora rápida e espectacularmen-

trastornos emocionais, en signos de abandono e descoido ou negligencia. O termo maltrato é utilizado por vez primeira na literatura.

A partir de entón, foron numerosas as publicacións aparecidas sobre o tema en moi diversos países. Nos últimos anos incrementouse enormemente o interese polo problema dos nenos maltratados.

A enorme amplitude da síndrome, que comprende tanto malos tratos psíquicos como incumprimento de deberes asistenciais e de educación, consecuencias afectivas, explotación dos nenos, etc. fixo que a OMS aconsellase continuar co seu estudo ao obxecto de poder dar pautas diagnósticas claras e eficaces. Un feito confirmado en múltiples ocasións é o de que os nenos maltratados son mal diagnosticados nos hospitais, ben por esquecemento deste cadro, ben porque non se desexa pensar nel, tal vez para evitar complicacións xudiciais.

1.1. CONCEPTO

O concepto de sevicias, malos tratos aos nenos ou síndrome do neno maltratado (SNM) segundo denominación máis recente, sufriu unha notable evolución ao longo da historia e importantes variacións dunhas culturas a outras.

Así, desde unha visión máis estrita que aborda exclusivamente os aspectos médicos da síndrome pásase a outra moito máis ampla que a contempla como un problema de índole social con importantes repercusións xurídicas en moitos casos.

Como exemplo dese primeiro grupo de definicións máis estritas temos a proposta por Kempe na súa descrición orixinal do “neno golpeado ou apaleado” (“the battered child syndrome”): *Conxunto de lesións físicas producidas ao neno como consecuencia do uso da forza física empregada de forma intencional con obxecto de ferir, lesionar ou destruír o neno, exercida polos pais ou outras persoas responsables do coidado do menor.*

O termo “apaleado ou golpeado” situaba o problema entre uns límites estreitos quedando fóra deles as formas derivadas de calquera actitude ou acción pasiva e negligente.

A necesidade de atopar unha definición o suficientemente ampla, que abarcase as múltiples formas de agresión cara aos nenos así como a diversidade de manifestacións clínicas secundarias a descoido e negligencia dos pais, é suscitada nos seguintes termos: *“Calquera acto de comisión ou omisión levado a cabo por persoas, institucións ou a sociedade en xeral e calquera condición que sexa resultado de tales accións ou omisións, que prive aos nenos dos seus dereitos de equidade e liberdade e/ou interfira co seu desenvolvemento óptimo constitúen, por definición, accións ou condicións de maltrato ou abandono”.*

Os intentos para atopar unha definición ampla, que abarque as múltiples manifestacións e que poida ser aplicada de forma xeralizada a todas as sociedades choça, evidentemente, co distinto valor que estas sociedades teñen sobre a violencia.

Tras un intento de síntese, consideramos como maltrato infantil: *toda acción intencionada ou por comisión, así como toda actitude pasiva, negligente ou por omisión que lesione ou poida lesionar potencialmente ao neno, interferindo evidentemente o seu óptimo desenvolvemento desde o punto de vista físico, psicolóxico, emocional e, sobre todo, como ser social. En calquera caso subxace no maltrato a perda dos dereitos do neno.*

1.2. TIPOS DE MALTRATO

Os medios utilizados para maltratar un neno son enormemente variados. Podemos distinguir dous grandes tipos de violencias ou sevicias, segundo o ambiente onde estas teñen lugar: violencias intrafamiliares e violencias extrafamiliares. Nós referímonos aquí ás primeiras. Dentro destas propúxéronse distintas clasificacións. Podemos falar de: violencias físicas, violencias químicas, violencias sexuais e violencias psíquicas.

A clínica correspondente a cada unha desas violencias ou agresións podería clasificarse como segue:

- Lesións por violencias físicas
- Lesións por violencias químicas
- Abuso sexual
- Falta de cuidados
- Maltrato emocional
- Síndrome de Münchhausen por poderes.

2. ASPECTOS PSICO-SOCIAIS

2.1. EPIDEMIOLOXÍA

A verdadeira incidencia do SNM é descoñecida e a magnitude real do problema é posible que nunca se coñeza. É moi difícil obter estatísticas exactas sobre a incidencia desta entidade pediátrica debido a que só unha parte dos nenos que sofren abuso ou abandono son levados ao médico ou ao hospital para recibir atención médica. Ademais, moitos destes nenos que son vistos polo médico non son diagnosticados e, polo tanto, non son denunciados estes casos.

Por outra banda, é importante saber que o rango de incidencia publicado é moi amplo. No que si están de acordo todos os investigadores neste campo é que, sexa cal for a incidencia, esta é sen dúbida moito maior que o que indican os casos denunciados.

Nin sequera son reais as cifras que se refiren aos malos tratos físicos, que son máis fáciles de obxectivar. Considérase que os casos denunciados son só o 10% dos reais. A incidencia aproximada deste cadro en distintos países móstrase na Táboa 1.

Aínda que estes casos non son fáciles de identificar ao non existir lesións traumáticas, danse características que poden ser moi suxestivas, como é o feito de que o neno se recupere de forma espectacular do seu atraso psicomotor ou estatura-ponderal ao ser separado do medio familiar.

Esta forma de malos tratos pode darse tamén en colexios, institucións e ata a nivel do propio hospital onde os nenos viven con frecuencia separados das súas nais por disciplina hospitalaria e sometidos a unha serie de exploracións, intervencións, etc, que de non ter unha clara indicación entrarían dentro desta categoría de maltrato.

3.1.6. SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES

O barón de Münchhausen, que viviu en Alemaña no século XVIII, gozou de sona polas súas fazañas militares cheas de fanfurrñadas e esaxeracións. A súa figura serviu de paradigma en patoloxía psiquiátrica e fálase da síndrome que leva o seu nome para designar aos enfermos que inventan historias e síntomas que suscitan exames complementarios, exploracións e ata tratamentos médicos ou cirúrxicos innecesarios ou perigosos. Que os nenos inventen este tipo de situacións non é frecuente e se así ocorre dificilmente será antes dos sete anos.

No ano 1977, Meadow acuña o famoso termo “síndrome de Münchhausen por poderes” (“Munchausen syndrome by proxy”), referindo o caso de dous nenos cuxas nais simulaban enfermidades nos seus fillos. Trátase dunha forma de maltrato infantil na cal os pais (habitualmente a nai) relatan falsas historias; inducen signos, síntomas e enfermidades nos nenos e sométenos a numerosas hospitalizacións e exames médicos exhaustivos que en moitas ocasións comportan riscos.

Utilizouse o termo “síndrome de Polle” para referirse ao mesmo problema. O diagnóstico desta síndrome é a miúdo difícil. O seu recoñecemento é importante para previr que os médicos e enfermeiras se convertan, sen sabelo, en colaboradores dos pais.

A existencia deste cadro debe ser considerada cando nos achemos ante algunha das seguintes situacións:

- enfermidade persistente e recidivante inexplicable
- os síntomas “non encaixan” co estado de saúde do neno
- síntomas “raros” que desconcertan ao pediatra máis experimentado
- desaparición dos síntomas cando o neno se separa da súa nai
- a nai insiste en estar co neno e adoita estar pouco preocupada, malia a aparatósidade da sintomatoloxía e da falta dun diagnóstico concreto.

Algúns dos signos inventados consisten en: hemorrxias (engadindo á urina, vómitos ou feces do neno sangue da nai obtida por autolesión da pel ou por medio de tampóns vacinais), febre por frotación do termómetro, caos bioquímico (engadindo sal ou feces aos soros intravenosos), rash cutáneo por pintura da pel con rotuladores, e trastornos neurolóxicos: administrando

3.1.5. MALTRATO EMOCIONAL

É evidente que os danos que sofre un neno vítima de malos tratos físicos non se limitan ao terreo do orgánico e que esas alteracións descritas expresan un dano emocional que sempre está latente.

Poderíase dicir que sempre que hai violencia física hai dano psíquico, aínda que non sempre que hai violencia psíquica atopamos dano ou lesións físicas.

Nesta segunda situación, que ademais é bastante frecuente, o maltrato emocional como forma de SNM é aínda máis difícil de precisar pola súa multitude de matices; sendo esta a variedade que se describe con frecuencia ligada aos estratos ou clases mellor situados economicamente.

Exemplos de maltrato emocional inclúen:

- Maltrato activo: como é aterrorizar ao neno por medio de ameazas verbais ou desprezalo e minimizalo con sarcasmo ou crítica constante, ou
- Maltrato máis pasivo: refusingo falar con el ou de privalo de calquera mostra de afecto.

A exposición a escenas enormemente indecentes ou espantosas pode tamén ser considerado un maltrato sen dano físico. As agresións psíquicas máis frecuentes son as que se recollen na táboa 4.

Agresións psíquicas
Ameazas e situacións de terror
Secuestro temporal
Impedimento do sono
Privación de alimentos
Privación de afecto e de agarimo
Desaprobación continua, reproches, rexeitamento, recriminacións, etc.
Insultos verbais, tratos degradantes e humillantes

Táboa 4. Agresións psíquicas máis frecuentes (Tomado de Calvo e Calvo, 1986).

A privación afectiva pode manifestarse no neno a través de alteracións diversas, tanto orgánicas como psicolóxicas. O neno pode sufrir perda de peso, redución da hormona do crecemento, insomnio, tendencia a contraer enfermidades, atraso da linguaxe, etc., ata chegar á depresión, ao marasmo e ata á morte.

Os trastornos psicopatolóxicos ou alteracións de conduta que máis frecuentemente aparecen no neno obxecto de maltrato emocional son:

- Trastornos do desenvolvemento: en áreas da linguaxe, emocionais, atraso mental. Son nenos con frecuentes problemas de aprendizaxe, co conseguinte fracaso escolar.
- Trastornos psicossomáticos e funcionais: cefaleas, enureses e encopreses, trastornos do sono, anorexia.
- Trastornos condutuais: illamento, retraemento, agresividade, conduta antisocial.
- Trastornos psiquiátricos: fobias, depresión, ansiedade, obsesión, psicoses.

País	Denunciados	Estimados
EUA	1 500 000	15 000 000
Francia	25 000	250 000
Canadá	5 000	50 000
España	40 000	400 000

Táboa 1. Incidencia aproximada do SNM en diversos países (Tomado de Delgado e col., 1987).

Estes datos, aínda que habería que referilos á poboación de cada país en número de habitantes para que tivesen maior rigor científico, permítenos adquirir unha idea xeral da enorme magnitude do problema, sobre todo se temos en conta que a maioría dos casos permanecen na clandestinidade.

2.2. ETIOPATOXENIA

O enfoque etiopatoxénico debe basearse na valoración global dunha serie de circunstancias ou características referidas a:

- os nenos ou vítimas
- os pais (factores psicolóxicos) ou autores de malos tratos
- a contorna (factores socioculturais)

considerando, en definitiva, que calquera manifestación de maltrato vén determinada por unha disfunción familiar.

Nenos vítimas de malos tratos

Aínda que esta síndrome pode ocorrer a calquera idade, é moito máis frecuente en nenos menores de 3 anos. En relación cos nenos falecidos por esta causa, demostrouse que a idade de máxima incidencia son os 15 meses.

Aínda que algúns autores atoparon un lixeiro predominio de nenos sobre nenas, outros opinan que a incidencia en ambos os dous sexos é aproximadamente igual. Con frecuencia aparece maltrato en nenos non desexados ou previamente esperados sen ilusión (embarazo antes de matrimonio, infidelidade). Aínda que tamén se dixo que o 90% de todos os nenos maltratados proveñen de embarazos planeados.

Á parte das familias de fillo único, onde hai 2 ou máis nenos, a vítima adoita ser sempre o máis pequeno.

Están particularmente expostos a malos tratos aqueles que proceden de matrimonios desfeitos e non atopan un lugar normal na familia. Ás veces trátase de fillos adoptivos que non responderon ás esperanzas dos seus novos pais.

A falta de enlaces ou interaccións nai-fillo, necesarios para un normal desenvolvemento afectivo e emocional do neno, foi destacada na patoxénese do maltrato infantil. Neste sentido, considéranse factores potenciais de maltrato a prematuridade e o baixo peso nacemento, que obrigan en moitos casos a unha separación temporal nai-fillo.

Tamén son vítimas comúns de malos tratos os “nenos difíciles”, grupo enormemente amplo onde entrarían oligofrénicos, nenos con choro continuo, vómitos persistentes, terrores nocturnos, etc.

Pais autores de malos tratos

Os autores de malos tratos infantís son, no 80-90% dos casos, os pais da vítima. En canto á idade dos autores destes abusos, algúns estudos ofrecen unha media de 26 anos para a nai e 30 para o pai.

A psicopatoloxía dos autores do maltrato non cae dentro das categorías psiquiátricas de diagnóstico habituais. É verdade que hai casos nos que o autor é, de feito, clinicamente psicótico, pero estes casos constitúen a minoría.

Non hai signos ou síntomas psiquiátricos que nos poidan alertar sobre se un individuo é máis probable que sexa autor de malos tratos. Os autores de malos tratos a nenos foron descritos como inmaturos, impulsivos, dependentes, sadomasoquistas, egocéntricos, narcisistas e esixentes. Tales adxectivos son apropiados cando se aplican aos autores dos malos tratos a nenos, pero estas calidades son tan prevalentes entre a xente en xeral que engaden pouco ao entendemento do problema.

A maioría dos investigadores están de acordo en que os pais que maltratan os seus fillos foron á súa vez vítimas de maltrato durante a súa neñez. É frecuente que exista discordia entre os pais e o matrimonio pode ser inestable. A miúdo o pai non é o pai biolóxico do neno, senón o que cohabita coa nai e para quen o neno se converteu no foco da súa hostilidade.

A contorna socio-familiar

Por riba dos factores socioculturais intrínsecos á familia proxéctanse factores da mesma sociedade propiciando tensión, desequilibrio e violencia.

Destacouse amplamente que a pobreza contribúe a desencadear crise de violencia e maltrato. Algúns estudos sinalan que o nivel educativo dos pais e o status profesional destes eran moi baixos, e os ingresos familiares tamén.

Fronte a esta opinión está a doutros autores que cren nun espectro socioeconómico amplo dos autores de malos tratos. Defenden que: *se toda a xente que nós estudamos fose reunida, non sería moi diferente dunha mostra tomada ao azar da poboación xeral. Eles pertencerían a todos os estratos socioeconómicos...* Isto significa que o maltrato infantil non pode reducirse ou simplificarse proxectándoo exclusivamente ás capas sociais con escasos recursos económicos.

Outros factores que se relacionaron co maltrato son: vivenda deficiente, paro laboral..., pero todas estas condicións son difíciles de separar do que constitúe o ambiente socioeconómico que acabamos de comentar. A falta de relacións habituais entre membros familiares e amigos, así como pertencer a algún tipo de asociacións comunitarias sinalouse como un factor que conduce ao maltrato.

A promiscuidade, prostitución, alcoholismo, drogadicción e delincuencia tamén foron factores relacionados co maltrato.

En nenas:	En nenos:
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultade ao camiñar ou sentarse - Engrosamento ou hiperpigmentación da mucosa xenital - Diámetro horizontal da abertura vaxinal superior a 4 mm - Erosións e hemorrxias de xenitais e periné - Fluxo vaxinal e/ou prurito - Infeccións urinarias recorrentes - Enfermidades de transmisión sexual - Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperpigmentación e/ou erosións da mucosa perianal - Dilatación do esfínter anal - Erosións ou fisuras rectais

Táboa 3. Signos físicos reveladores de abusos.

A existencia dunha enfermidade de transmisión sexual nun neno debe ser considerada, como norma xeral, como evidencia de abuso mentres non se demostre o contrario.

Á marxe dos signos físicos, son tamén habituais:

- manifestacións psicossomáticas: trastornos do sono, cefaleas, enureses ...
- manifestacións condutuais: illamento social, fracaso escolar, desconfianza...
- manifestacións psiquiátricas: constitúen os trastornos máis graves. Van desde os ataques de histeria, depresión, ata a tendencia á automutilación e psicoses.

3.1.4. FALTA DE COIDADOS

A negligencia, como actitude pasiva, vai ligada á incapacidade dos pais ou coidadores en proporcionar ao pequeno as necesidades mínimas en relación á vivenda, nutrición, hixiene, educación e coidados médicos.

A actitude pasiva dos pais pode derivar da súa propia ignorancia ou incultura e/ou dos seus trastornos emocionais. Á actitude pasiva por negligencia podería engadirse unha actitude por negligencia intencional, materna ou familiar, de difícil valoración. Os nenos presentan un aspecto sucio e descoidado. A malnutrición e as carencias vitamínicas son habituais (por alimentación escasa ou ben por ser sometido a dietas extravagantes), así como o atraso psicomotor.

O calendario de vacinacións frecuentemente non se completou como resultado dunha desatención cara ás medidas profilácticas e médicas máis elementais. O abandono, a negligencia, pode constituír unha forma insidiosa de causar danos graves. Supón un fallo en canto á debida actuación para salvagardar a saúde, a seguridade e o benestar do neno.

As manifestacións clínicas poden ser tan variadas como o número de drogas dispoñibles, isto fai que o diagnóstico sexa moi difícil, a menos que o médico teña un alto índice de sospeita de intoxicación “non accidental”.

Con frecuencia, ademais, estas intoxicacións continúanse durante a hospitalización do neno xa que a nai non é vixiada ao non sospeitar esta posibilidade. O diagnóstico positivo, con todo, vai depender da demostración da presenza do tóxico (que non pode ser explicado en base á terapia) no sangue ou na urina do neno.

Hai que distinguir este tipo sofisticado de malos tratos infantís daqueles igualmente inadecuados, pero con fins terapéuticos, que se producen ao utilizar produtos tóxicos de forma ben intencionada. Estes adoitan responder a unha enorme falta de cultura, a supersticións ou crenzas populares.

3.1.3. ABUSO SEXUAL

Esta variedade de maltrato é, sen dúbida, unha das formas máis importantes e leva consigo a curto ou a longo prazo consecuencias graves para o neno desde o punto de vista moral, psicolóxico e ata orgánico, xa que pode ser motivo de enfermidades venéreas e orixe de embarazos.

O “National Center for Child Abuse and Neglect” (EUA) define este cadro como contactos ou interaccións entre un adulto e un neno, cando o neno é usado para a estimulación sexual do agresor ou outra persoa.

O maltrato sexual prodúcese xeralmente por adultos, ben sexan coñecidos da familia, como amigos, coidadores ou veciños, constituíndo a variedade extrafamiliar ou ben por membros da familia, sendo estes casos moi difíciles de descubrir, de analizar e de tratar. Segundo algúns estudos, o incesto pai-filla representaría o 75 % de todas estas situacións.

Do mesmo xeito que ocorre co maltrato físico, a incidencia do maltrato sexual non se coñece con exactitude. Nos últimos anos, a sociedade americana interesouse por este feito e investigouno máis profundamente. Así, en EUA apréciase, nos últimos anos, un incremento na cifra destes malos tratos que de 50 000 a 100 000 casos en 1969 pasa a 336 000 en 1979. Estímase que nese país a incidencia deste fenómeno supón o 9% do total do maltrato infantil.

Trátase dun problema de difícil detección e estudo por tres razóns: por unha banda está a tendencia dos nenos a manter un “segredo” (nalgúns casos porque, carecendo de toda malicia, seguen as instrucións dadas polo adulto de non comentalo con ninguén); naquelas ocasións nas que o neno sabe perfectamente que o que está facendo non é normal, ten o temor de que, no caso de que alguén saiba desas actividades, o pai poida terminar no cárcere e, finalmente, porque os nenos desenvolven un gran sentimento de culpabilidade ata o punto de pensar que son eles os verdadeiros causantes do problema. Algúns signos físicos reveladores destes abusos pódense ver na táboa 3.

Para rematar, podemos dicir que hai poucas características definidas dos autores dos malos tratos. Podemos dicir: *non todos os pais en paro, con problemas económicos, vivenda deficiente, problemas conxugais e de alcoholismo maltratan aos seus fillos; o feito de ser un abstemio, devoto cristián, con alto CI, matrimonio estable, boa casa e bastante diñeiro non prevén ataques aos nenos. Estes feitos son ben coñecidos pola maioría dos que traballan na área de maltrato infantil.*

3. ASPECTOS MÉDICOS

3.1. MANIFESTACIÓNS CLÍNICAS

Os signos e os síntomas do maltrato infantil varían desde o neno simplemente mal alimentado que se describe como “atraso do crecemento”, ata o “neno golpeado”, que presenta evidencias de múltiples fracturas e traumas.

3.1.1. LESIÓN POR VIOLENCIAS FÍSICAS

As manifestacións clínicas resultantes dos malos tratos por medios físicos caracterízanse por un gran polimorfismo, multiplicidade, pola súa variada localización, pola súa diferente intensidade e momento evolutivo.

O médico que atende o servizo de urxencias debe estar preparado para recoñecer toda a variedade de signos e síntomas que poden chegar a compoñer este cadro. É importante incorporar a síndrome do neno maltratado ao diagnóstico diferencial. Aínda que o espectro de lesións é moi amplo, certos achados son de grande interese e moi suxestivos deste cadro. Neles centraremos a nosa atención.

As **lesións cutáneas** son as que máis chaman a atención e aparecen no 90% dos casos de malos tratos posto que, loxicamente, é na pel onde se produce o impacto directo do golpe. A natureza das lesións é moi variada: equimoses, hematomas, escoriacións, feridas, cicatrices, queimaduras, alopecias, etc.

Aínda que hai autores que defenden que o máis habitual é a violencia directa por parte do adulto, sen a utilización de ningún tipo de instrumento (“agresións non instrumentais”) na práctica non sempre é así.

Os mecanismos de produción de sevicias físicas son moitos e variados. Algúns dos máis frecuentes pódense ver na Táboa 2.

Mecanismo de produción das lesións cutáneas	
Traumatismos contundentes	a. Golpes coa man ou con obxectos contundentes (bastóns, látigos, cintos, etc.) b. Empuxóns contra a parede ou o chan c. Facerlle caer escaleiras abaixo d. Patadas e puñetazos
Feridas por arma branca	a. Feridas cortantes, punzantes e mixtas b. Producidas por navallas, tesoiras, coitelos, agullas, garfos, etc.
Queimaduras	a. Derramamento de líquido fervendo sobre o neno b. Introducción dos pés ou as mans do neno en líquido fervendo c. Queimaduras con cigarros acesos d. Colocar o neno sobre unha estufa acesa e. Aplicación sobre as palmas das mans de culleres incandescentes

Táboa 2. Mecanismo de produción de sevicias físicas (Tomado de Calvo e Calvo, 1986).

Distínguense as lesións cutáneas específicas e inespecíficas, sendo máis frecuentes as segundas. As primeiras corresponderíanse coas “equimoses figuradas” que reproducen a forma do obxecto lesivo e facilitan enormemente o diagnóstico. As equimoses e os hematomas evolucionan cara á curación pasando por fases cromáticas distintas que permiten determinar de forma aproximada o momento da súa produción. Comparar a data da lesión cos datos achegados na historia clínica pode ser moi interesante.

Moi característico desta síndrome é atopar as lesións en distintos estadios evolutivos por posibles traumatismos repetidos e intencionados. Outro dato moi importante que se debe ter en conta é o da localización e número das lesións, que é diferente segundo estas sexan accidentais ou non. Por regra xeral, cando un neno sofre unha lesión accidental esta adoita ser única (aínda que a presenza de varias non descarta a posibilidade de accidente) e adoita estar localizada nas zonas prominentes do corpo (zona anterior da perna -morna, rótula-, rexión frontal do cranio ou cellas e os cóns).

Cando houbo intencionalidade, as zonas afectadas adoitan ser as non prominentes. Existirá sospeita de lesión non accidental cando esta se sitúa na parte interna da coxa, pene, escroto, nádega, costas, tórax e parte posterior do cranio. Se o neno non emprendeu a marcha calquera zona pode ser sospeitosa.

As extremidades poden ser asento tamén de manifestacións cutáneas do SNM, especialmente brazos e antebrazos, constituíndo verdadeiras asas naturais para que o adulto iracundo poida agarrar ao neno. A man tamén é un órgano diana no neno maltratado e sobre ela pódense atopar lesións de todo tipo (Figura 1).

Outro signo ben coñecido son as mordeduras, que entrarían dentro da categoría de lesións cutáneas específicas. O seu estudo reviste grande interese desde o punto de vista médico legal xa que se pode obter abundante información sobre a orixe intencional da lesión, pero sobre todo porque pode

con compresión súbita do tórax, con incremento da presión intravascular na cabeza e nos ollos.

Para rematar imos comentar as **lesións viscerais**, que supoñen a segunda causa de morte por malos tratos, tras as lesións do SNC.

Como consecuencia de golpes efectuados sobre a parede anterior do abdome pódese producir unha ampla variedade de lesións graves (roturas de fígado, bazo, ril, páncreas, vexiga, etc.) que, con certa frecuencia, tradúcense en signos mínimos ou nulos a nivel externo.

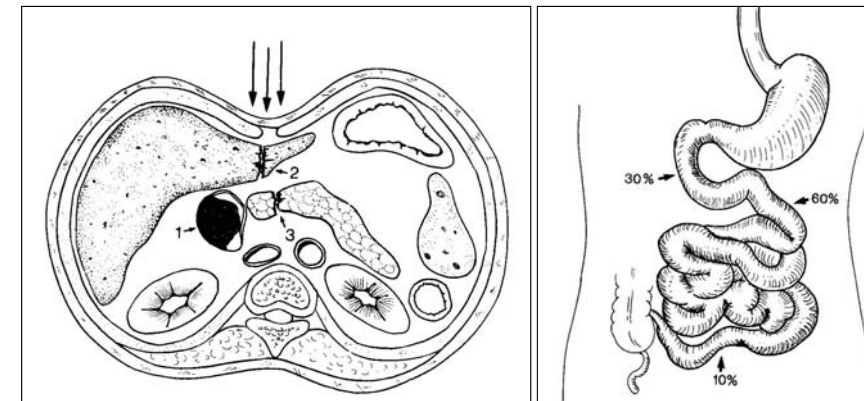


Figura 4. Localización máis frecuente das lesións viscerais (Tomado de Reece R.M. and Ludwig S, 2001).

Os órganos que con maior frecuencia se ven afectados polos traumatismos abdominais en nenos son o duodeno, o páncreas e o xexuno (Figura 4). Esta distribución das lesións está en relación coa anatomía característica destas idades: amplas marxes costais, delgada musculatura abdominal e curto diámetro corporal anteroposterior. Así, a enerxía transmitida por un golpe sobre as paredes abdominais producirá tanto a ruptura de órganos que se ven subitamente comprimidos dentro da súa cápsula (fígado, ril e bazo), como desgarros de órganos no seu punto de fixación por forzas de deslizamento e cizallamento. É por iso que as lesións intestinais preséntanse con maior frecuencia nas zonas de inserción do mesenterio.

3.1.2. LESIÓN POR VIOLENCIAS QUÍMICAS

Unha nova forma do SNM que mostra unha vez máis o cambio conceptual que está sufrindo esta entidade clínica é a que se refire ás intoxicacións intencionadas ou malos tratos químicos.

Lamentablemente, estas violencias químicas cada vez son referidas con maior frecuencia na literatura científica. Na maioría dos casos, a nai do neno é a autora do feito.

O espectro destas intoxicacións é amplísimo aínda que, en xeral, é máis probable que estean implicados os produtos máis dispoñibles para o autor.

zarandeado" ("shaking baby syndrome"). Neste caso, os nenos son sacudidos violentamente polos seus pais, podendo falecer por esta causa sen que se aprecie ningún signo externo de traumatismo.

O mecanismo de produción é facilmente comprensible xa que, co desprazamento da cabeza, o cerebro é golpeado contra o cranio e lesiónase o delicado tecido cerebral. Á súa vez, a tracción que acompaña o desprazamento da masa encefálica pode carrexar desgarros ou roturas nos vasos coa aparición de hemorraxias. Os vasos retinianos poden resultar lesionados producíndose a cegueira por esta causa. Dado que os lactantes por baixo de seis meses teñen unha musculatura cervical débil para soste-lo desprazamento da cabeza, esta época da vida representa un gran risco. En xeral adoita revelarse por signos neurolóxicos do tipo de alteracións da conciencia, crise convulsivas, déficit motor, alteracións do ton muscular, ou ben outros máis inespecíficos como vómitos, problemas respiratorios e irritabilidade.

A clave para o diagnóstico será a hipertensión da fontanela e as hemorraxias retinianas. Estas deben ser distinguidas das hemorraxias secundarias a problemas no momento do parto, tendo en conta que nestes casos os signos e síntomas preséntanse nas primeiras 24 ó 48 horas de vida.

Ante a posibilidade de estar ante esta síndrome resulta imperativo a realización dun TAC e un exame de fondo de ollo.

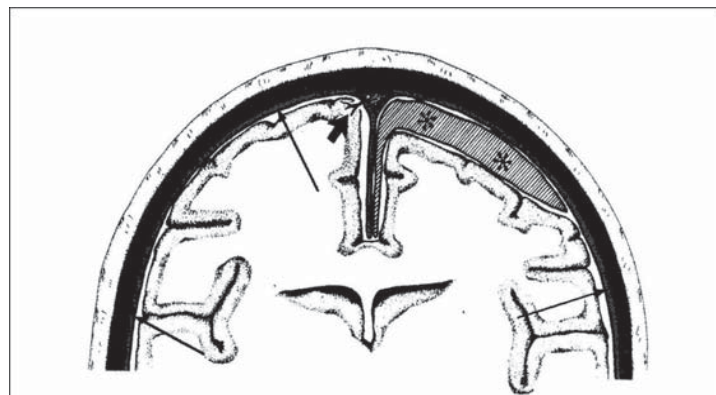


Figura 3. Representación esquemática dun hematoma subdural (Tomado de Kleimann PK, 1998).

Moi importante son, tamén, dentro do SNM as **lesións oculares**. Estímase que, aproximadamente, un 40% dos nenos maltratados padecen traumatismos oculares, o que motiva que sexan algunhas veces os oftalmólogos os primeiros que atenden estes casos en urxencias. O espectro destas lesións no SNM é moi amplo, podendo ir desde un cadro de entidade media (como un edema periorbital) a un tan severo como a ruptura do globo ocular.

As lesións traumáticas bilaterais hannos de poñer na pista, porque normalmente nos casos accidentais soamente un ollo resulta danado. De toda a patoloxía ocular que podemos atopar nestas situacións, a máis frecuente é a hemorraxia intraocular secundaria a hematoma subdural ou outro tipo de hemorraxia intracranial. As hemorraxias retinianas asociáronse tamén

permitir a identificación do agresor. Neste último caso sería aconsellable o concurso dun especialista en odontoloxía forense.

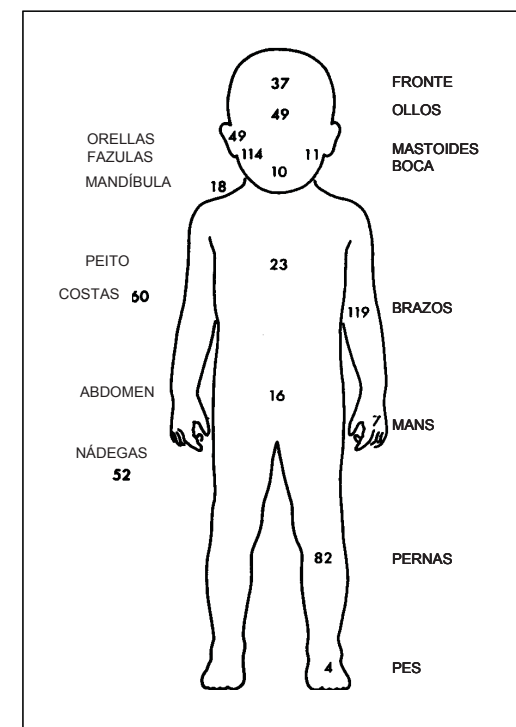


Figura 1. Distribución das lesións cutáneas "non accidentais" (Tomado de Hobbs CJ, e col. 1993).

Outras manifestacións cutáneas son as queimaduras que, producidas por obxectos candentes, mostran o aspecto que lle imprimen tales instrumentos (radiador, ferro, culler quente, etc.)

Moi características son as lesións por cigarros que se localizan en cara, mamilas, xenitais, palmas das mans e plantas dos pés. Teñen un aspecto circular de 8 a 10 mm de diámetro e certa induración nas marxes. As queimaduras constitúen o castigo elixido no 10% dos casos.

A nivel de mucosas, especialmente da boca, podemos atopar laceracións, cicatrices, como consecuencia da administración de alimentos excesivamente quentes ou pola administración forzada destes. Unha lesión moi característica e suxestiva de malos tratos é a ferida contusa no beizo superior con ruptura do freo sublingual.

Outro tipo de lesión de tegumentos é o arrancamento de cabelos, producindo zonas de alopecia que, cando acompañan a outras das mencionadas, resultan sospeitosas de malos tratos. As zonas de alopecia traumática adoitan ser a rexión occipital e occipito-parietal.

É moi importante, nun caso sospeitoso de malos tratos, obter fotografías en cor de tales lesións xa que estas constituirán un testemuño gráfico de incalculable valor.

As **lesións esqueléticas** son, xunto coas cutáneas, as máis típicas do neno maltratado fisicamente.

As características radiolóxicas destas lesións óseas poden xogar un papel significativo no diagnóstico do maltrato. Os achados radiolóxicos do trauma esquelético obtéñense en arredor dun terzo dos nenos maltratados e a maioría das lesións ocorren nos dous primeiros anos da vida. Debe terse en conta a localización, a natureza e o aspecto multifocal das lesións. A localización máis frecuente das lesións son as extremidades, o cranio e as costelas (Figura 2).

Nas extremidades, as lesións epifisarias-metafisarias son consideradas por moitos autores como diagnósticas de maltrato infantil.

Logo das fracturas das extremidades, as fracturas do cranio son a segunda forma máis común de fracturas en caso de maltrato. O trauma na cabeza é, de feito, a causa máis frecuente de morte e morbilidade en nenos maltratados. O trauma accidental raramente causa lesión intracranial nos nenos; o 95% das lesións craniais serias, con perigo para a vida, en nenos pequenos son debidas a maltrato.

O terceiro tipo máis común de lesión é a fractura costal. Son debidas a compresión violenta e rápida do peito. Ocasionalmente, tratouse de explicar este tipo de fracturas como debidas a manobras de resucitación, pero hai estudos que demostran que non se produciron fracturas costais en ningún dos nenos pequenos sometidos a estas manobras.

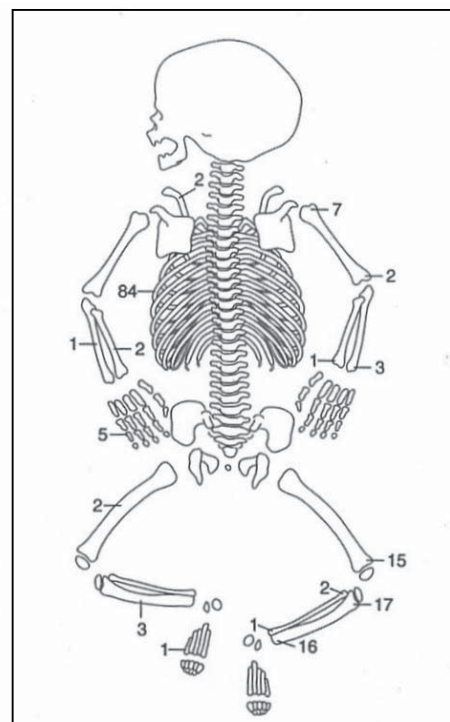


Figura 2. Distribución das fracturas (Tomado de Kleimann PK, 1998)

As características radiolóxicas desta síndrome poden explicarse en termos dunha combinación de tres circunstancias:

- a. A idade do paciente (maior incidencia en menores de 3 anos). A esta idade o periosteio está menos firmemente adherido ao óso subxacente, o que fai que sexa relativamente fácil que se desprenda debido a unha hemorraxia. O traumatismo pode ir seguido dun hematoma que tende a osificarse dando lugar a un aspecto moi particular descrito co nome de “síndrome de Silverman”.
- b. Tempo transcorrido: ten un gran valor na avaliación dun caso sospeitoso de malos tratos. Salvo que exista unha fractura importante, unha escordadura ou un desprendemento epifisario, non se atoparán signos de lesión ósea a primeira semana que segue ao traumatismo. Os cambios reparativos empezan a facerse visibles cara aos 12 ou 14 días logo da agresión, podendo aumentar nas semanas seguintes dependendo da extensión da lesión inicial e da súa repetición. Isto lévanos a concluír que os achados radiolóxicos positivos poden ser diagnóstico de malos tratos, pero a ausencia destes non necesariamente exclúe o diagnóstico.
- c. Repetición da agresión. Este é posiblemente o factor máis importante que determina a formación dos signos radiolóxicos do SNM.

As agresións repetidas producen lesións óseas en distintas áreas e en distintos momentos, dando como resultado varias lesións en diferentes estadios evolutivos. Esta multitude de lesións, en ausencia de signos ou anomalías biolóxicas que as xustifiquen, teñen un valor case definitivo no diagnóstico de malos tratos.

Mención especial merecen as **lesións do sistema nervioso central**, que constitúen a principal causa de morte no SNM, sobre todo en nenos menores de dous anos. A morte ocorre por hemorraxia intracranial traumática con ou sen fracturas craniais (Figura 3). Estímase que un 20% de nenos maltratados presenta lesións do SNC. Estas poden ser de dous tipos:

- por traumatismo directo
- por traumatismo indirecto, de sacudida, ou de aceleración-deceleración.

O traumatismo directo é inflixido ao golpear o neno cun obxecto ou ao golpearlle a cabeza contra o chan ou contra unha parede.

Frecuentemente os pais explican que o neno caeu do berce ou dunha mesa. En condicións normais, este tipo de trauma acompáñase de fractura complicada nun 1 ou 2% dos casos. Por iso, cando a lesión sexa de maior gravidade e a única explicación para esta sexa a caída do berce, debemos sospeitar maltrato.

Igualmente debe considerarse sospeitoso o feito de que os pais acudan co neno ao servizo de urxencias algún tempo despois do traumatismo, cando este xa produciu un gran hematoma.

A segunda forma de lesión do SNC á que faciamos referencia, por traumatismo indirecto, constitúe o que se denominou “a síndrome do neno