

# Síndrome del Niño Sacudido: Una forma de Maltrato Infantil

Luis Alfonso Mendoza Tazcón<sup>1</sup>, Martha D Arias G<sup>2</sup>

El síndrome del niño sacudido, es una causa poco reconocida de maltrato infantil. Es definido como el acto vigoroso y violento de sacudir manualmente a un niño, induciendo trauma y sangrado intracraneal, así como hemorragia retinal, en ausencia de signos físicos externos de trauma. Los síntomas y signos incluyen convulsiones, fallas para crecer y ganar peso, vómito, letargo, irregularidad respiratoria, coma o muerte, entre otros. El diagnóstico en muchas ocasiones requiere del laboratorio, entre ellos punción lumbar y los estudios de imágenes como la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, así como una evaluación oftalmológica. El tratamiento incluye la parte médico-quirúrgica, psicológica, psiquiátrica, familiar, en la cual participa el pediatra y todo el equipo de salud. El pronóstico es pobre con una alta tasa de mortalidad y secuelas. Con éste artículo se pretende dar a conocer el síndrome, recomendar un enfoque diagnóstico, terapéutico y preventivo, con el fin de disminuir el maltrato infantil y sus complicaciones secundarias. *Salud UIS 2002; 34: 119-127*

**Palabras Clave:** Síndrome del niño scudido, Abuso, Hemorragia intracraneana, Prevención

The Shaken Baby Syndrome, it is a cause little recognized of infantile abuse. It is defined as the violent and vigorous act of jolting manually to a child, inducing trauma and bled intracranial, as well as retinal hemorrhages, in absence of external physical signs of trauma. The symptoms and signs include convulsions, defects to grow and earn weight, vomit, lethargy, respiratory irregularity, comma or death, between other. Diagnostic in many occasions required of the laboratory, between them lumbar puncture and the images studies as the computed tomographic scanning and the nuclear magnetic resonance, as well as an ophthalmologic evaluation. The treatment includes the medical, surgical, psychological, psychiatric, familiar parts, in which participates the pediatrician and all health equipment. Forecast is poor, with a high mortality and sequels rate. This article is intended to make known the syndrome, to recommend a diagnostic approach, therapeutic and preventive, in order to reduce the infantile mistreatment and their complications secondary. *Salud UIS 2002; 34: 119-127*

**Key Words:** Shaken Baby Syndrome, Abbuse, Intracranial hemorrhage, Prevention

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato y abuso cometido contra los niños ocurre en todas partes, es un fenómeno que trasciende las fronteras nacionales, las culturas y cambia con el transcurso del tiempo. Cualquier conclusión a cerca de quién maltrata a un niño y de cuanto lo maltrata no depende de una definición culturalmente validada de lo que se entiende por maltratado. Es por ello que es urgente que se arroje una luz sobre el abuso de los niños en nuestras sociedades.<sup>1</sup>

El término de Síndrome del Niño Maltratado, se empleó por primera vez para referirse al maltrato de los menores, teniendo en cuenta que es una enfermedad social que

incluye toda lesión física o mental infligidas a un niño por los padres o tutores o responsables de su cuidado como resultado del descuido, negligencia o premeditación.<sup>1,2</sup>

En 1946, el doctor Caffey médico radiólogo norteamericano, describió por primera vez la presencia de hematomas subdurales y lesiones en huesos largos en niños. En 1962, Kempe describió el síndrome por maltrato en niños al cual llamó "síndrome del niño apaleado."<sup>3</sup> Sin embargo, el síndrome del niño sacudido fue descrito sólo hasta 1974 por el mismo doctor Caffey, que incluyó varios componentes, entre ellos traumatismo intracraneal, con la presencia de hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea y edema cerebral difuso, hemorragias retinianas, en ausencia de otros signos físicos de traumatismo en el niño.<sup>4</sup>

## DEFINICIÓN

El Síndrome del Niño Sacudido no se aparta de lo que significa maltrato infantil. Una de las definiciones valederas empleadas para referirse al maltrato infantil, dice que "maltrato infantil, es la parte de daño que sufren

<sup>1</sup>Pediatra, UIS. Neonatólogo, Universidad del Valle. Coordinador Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Clínica de Occidente Tulúa SA Neonatólogo asistencial Clínica Saludcoop y Clínica los Farallones, Santiago de Cali, Colombia. Docente de Pediatría y Neonatología, Unidad Central del Valle, Tulúa, Valle.

<sup>2</sup>Pediatra, UIS. Clínica de Occidente Tulúa S.A., Instituto de Seguros Sociales y Comfenalco, Buga, Valle del Cauca.

Recibido Agosto 20-2002, Aceptado Septiembre 26-2002

los niños como resultado de acciones humanas que son proscritas, próximas y prevenibles". En primer lugar distingue el maltrato de los niños de otros problemas sociales, económicos y de salud que ellos enfrentan en una diversidad de países, culturas y sociedades. Puesto que muchos daños se originan en una combinación de causas humanas y naturales, en el daño que constituye maltrato, la causa preponderante y necesaria tiene que ser una acción humana.

El Síndrome del Niño Sacudido consiste en el conjunto de lesiones o la muerte ocasionada a un niño después de haberlo sacudido tomándolo por los brazos, piernas, tórax con o sin golpes directos en la cabeza. Éste es considerado como "un síndrome clínico y patológico, menos ampliamente reconocido como una forma de abuso en los niños, secundario al acto de sacudir manual y vigorosamente a un niño, quien es tomado por las extremidades o por los hombros, conduciendo a sangrado intracraneano e intraocular, inducido por el batimiento del niño, sin signos externos de trauma craneoencefálico". El diagnóstico está basado en la valoración clínica general, disfunción del sistema nervioso central, hemorragias de la envoltura del nervio óptico y retinianas en niños menores de tres años de edad.<sup>5,6</sup>

### FISIOPATOLOGÍA

La lesión se ocasiona cuando se sacude al bebé violenta y vigorosamente, aún cuando éste se haga por sólo unos pocos segundos. Los lactantes resultan ser más vulnerables por presentar una cabeza grande en relación con su cuerpo, por tener los músculos del cuello débiles y por poseer un cerebro inmaduro. Las lesiones son encefálicas (del tejido nervioso y vascular), del tronco encefálico, de estructuras de sostén, e intraoculares. A continuación describiremos los eventos fisiopatológicos que ocurren en el síndrome del niño sacudido.

La lesión encefálica ocurre por el efecto de las fuerzas mecánicas de la aceleración-desaceleración o rotación. La aceleración en este caso se produce cuando la cabeza estacionaria es colocada bruscamente en movimiento y la desaceleración cuando la cabeza en movimiento es bruscamente detenida. Si la fuerza se aplica a la cabeza de forma asimétrica, impone una rotación del cerebro alrededor del centro de gravedad, ocasionando lesión cerebral difusa. Este tipo de movimiento es responsable de la lesión axonal difusa y de los hematomas subdurales vistos.<sup>4,7,8</sup> En las fuerzas de traslación o rectas en línea, la compresión del cráneo, en parte elástico, puede hacer que choque de forma directa contra el encéfalo subyacente y produzca una lesión por aplastamiento. El

tipo y severidad de la lesión son determinados por estos mecanismos y su magnitud.<sup>8</sup> La región del encéfalo opuesta al punto de impacto es sometida a una súbita presión negativa, lo cual se cree contribuye a la lesión por contragolpe. Estos mecanismos generan un daño generalizado de la sustancia blanca del encéfalo, tronco encefálico, cerebelo y médula espinal.<sup>4,7</sup> Las fuerzas de cizallamiento que actúan sobre la sustancia blanca causan disrupción mecánica de las fibras nerviosas. Puede ocurrir lesión axonal difusa, localizada en los hemisferios cerebrales y en la porción rostral del tronco encefálico, o puede ser de tipo focal de la sustancia blanca secundaria a fuerzas de cizallamiento intensas por aceleración-desaceleración, que pueden inducir coma al desconectar la corteza central de los centros inferiores del encéfalo, afectando en ocasiones también los ganglios basales, los tractos que cruzan el cuerpo calloso y originar en ocasiones una lesión encefálica mortal en el momento del impacto. Los efectos secundarios del impacto no son infrecuentes. Se deben al parecer a la desviación del calcio extracelular en las neuronas, que favorece la destrucción de las membranas y la consiguiente tumefacción cerebral, sobre todo en la sustancia blanca subcortical y el centro semioval. Lo anterior conduce a estasis vascular, hipoxia tisular, mayor vasodilatación y aumento de la tumefacción cerebral, la cual es masiva en lactantes y niños pequeños. La alteración se hace más grave si ocurre una hemorragia intracraneana, con vasoespasmo que lleva a isquemia y trombosis vascular.<sup>7,9</sup>

Una de las complicaciones frecuentes en el paciente con el Síndrome del Niño Sacudido es la hemorragia subdural, la cual es más frecuente en los lactantes, con una incidencia máxima a los 6 meses de edad. El 75% de los hematomas subdurales agudos son bilaterales y de localización frontoparietal. Los volúmenes relativamente grandes de sangre extravasada en estos hematomas, producen síntomas y signos de hipertensión endocraneana.<sup>7,9</sup>

La hemorragia subaracnoidea es la más común de las hemorragias intracraneales postraumáticas y se ocasiona al romperse los pequeños vasos de la corteza cerebral. El sangrado tiende a ocurrir sobre la superficie del encéfalo.<sup>9</sup> La lesión del tallo encefálico ocurre generalmente en la unión del tallo encefálico con la médula espinal. El mecanismo lesivo es secundario a las fuerzas de rotación de la cabeza con las sacudidas.<sup>4</sup>

Las hemorragias retinianas ocurren en el 50-80% del síndrome de maltrato infantil. Las hemorragias retinianas en menores de 3 años de edad sin signos de externos de

traumatismo importante, deben considerarse patognomónicas de maltrato infantil. Su patogénesis incluye: aumento de la presión intracraneana, aumento de la presión en los vasos retinianos, extravasación de sangre al espacio subaracnoideo, tracción de vasos retinianos e incremento considerable de la presión intraocular secundario a compresión del tórax del lactante mientras se sacude.<sup>4,8</sup> Las hemorragias retinianas y retroretinianas son muy habituales en los niños con hematomas subdurales agudos.<sup>7</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

El maltrato infantil a nivel mundial sigue informando cada día más casos, con una tasa que arroja cifras de 3,8 por cada 1.000 niños, es decir, que hay 38 casos nuevos cada año, en una ciudad con población de 100 mil habitantes. Además, se sabe que aproximadamente el 10% de los niños accidentados que ingresa a un hospital y que tienen menos de 5 años, son admitidos por lesiones secundarias a maltrato.<sup>2</sup>

El trauma craneoencefálico se constituye en la causa más común de morbilidad y mortalidad en niños abusados físicamente.<sup>12</sup> La incidencia de homicidios en niños varía entre 3 y 11 casos por año, siendo los primeros tres años de vida los de mayor riesgo y los que proveen la mayoría de los casos. Las lesiones grotescas se encuentran en casi la mitad de las muertes, mientras que el 34% de los casos muestran evidencia de abuso sexual o físico previo.<sup>13</sup>

El Síndrome del Niño Sacudido está restringido a los niños menores de 3 años, con la mayoría de los casos ocurridos en el primer año de vida.<sup>8</sup> Brenner SL y col,<sup>14</sup> informan en un estudio con 545 pacientes menores de 18 meses maltratados, que la entidad es más frecuente en negros (82%) que en blancos (12%). El 3,7% del total de casos de maltrato infantil correspondió al Síndrome de Niño Sacudido, sin embargo, la proporción de niños blancos abusados en este síndrome fue desproporcionalmente mayor.

Las víctimas generalmente son varones en el 60.3% de los casos. El 23% de los niños fallecen, aunque las tasas de mortalidad entre varones y mujeres no tiene diferencias significativas. Los perpetradores son más frecuentemente hombres que mujeres con una relación 2.2:1. Los agresores son padres, padrastros, madres y hermanos en el 60% de los casos. Los padres cometen el crimen en el 37%, los hermanos varones el 20.5%, hermanas 17.3%, madres 12.6%. Entre otros agresores están las niñeras, amigos o abuelos.<sup>12</sup>

Lo anterior ha llevado a argumentar que los hombres cuidadores y hermanos cuidadores son grupos de riesgo de abuso y maltrato infantil.<sup>12</sup>

El maltrato es un problema en salud pública para Colombia; por violencia se producen anualmente alrededor de 30.000 muertes, cifras que es penosamente una de las más altas del mundo. En Estados Unidos, pese a que las madres en general saben que no debe golpearse a los niños menores de un año, el 25% de ellas golpean a sus hijos de menos de 6 meses de edad y una tercera parte a los que todavía no han cumplido el primer año de vida.<sup>1</sup>

Informes de la Presidencia de la República, muestran que en 1990 entre un 25 y 30% de los niños maltratados del país fueron atendidos en algún servicio de urgencias, mientras el porcentaje restante se quedaron sin esa atención.<sup>10</sup> Entre 1993 y 1994, en nuestra Colombia fueron secuestrados 3.215 niños, 452 fueron víctimas del abuso sexual (14%) y más de 3.000 niños desaparecieron de sus hogares; gran parte de ellos son prostituidos<sup>11</sup> y otra parte incorporados en bandas de delincuentes y la guerrilla.

## FACTORES DE RIESGO

“La principal causa de maltrato es la falta de amor hacia un niño”. Por ello Korbin J<sup>1</sup>, dice que: un niño está en mayor peligro de maltrato cuando no cuenta con una red de individuos, además de sus padres biológicos, que se preocupe por su bienestar.

Algunos niños tienen características que son proclives al maltrato: ser niña y para ambos sexos, ser ilegítimo, adoptado, discapacitado física o mentalmente, enfermizo o de alto orden de nacimiento. Entran también los que nacen en circunstancias extrañas, estigmatizados o con anomalías.<sup>1</sup>

Las características del maltratador incluyen: persona con problemas de tipo socioeconómico, haber sido agredido cuando niños, el aislamiento social, desconfianza para con el medio, personas que interactúan con el niño como si tuviera su edad, individuos con personalidad crónicamente agresiva, compulsiva y de tipología emocional indiferente y tipología pasivodependiente. La mayoría tienen en común que fueron educados bajo un ambiente de privación emocional.<sup>2,3</sup> Los cambios socioeconómicos, entre cuyas consecuencias se cuentan el aislamiento social y el abuso de sustancias, a menudo aumentan el estrés que sufren las madres solteras (o los pocos padres que se hacen cargo de un

hijo sin el apoyo de una mujer).<sup>1</sup> Entre otros factores que influyen en el maltrato de los niños están, el cansancio y los problemas de salud que tienen las personas encargadas del cuidado de estos niños. Por lo general, la persona a cargo de disciplinar al niño impone el castigo corporal pensando que así puede modificar los comportamientos que considera indeseables, como por ejemplo el llanto.<sup>1</sup>

La razón principal que se da por sacudir a un niño es: "Sólo quería que el bebé parara de llorar". Con frecuencia, la sacudida se produce cuando los padres, las niñeras u otras personas que atienden al niño se frustran y pierden control. La mayoría de la gente desconoce los peligros de sacudir a un niño. En muchos casos, estas personas no tienen el propósito de hacerle daño a dicho bebé. En muy raras ocasiones, esta lesión puede ser causada de manera accidental, al levantar un bebé en el aire o al trotar con él cargado sobre la espalda en un morral portabebés, montar a caballo o hacerlo girar mientras lo sujeta desde sus manos o tobillos. Esta lesión no se presenta a causa del juego moderado o por el hecho de dar saltos suaves

## DIAGNÓSTICO

### Clínica

Con frecuencia el reconocimiento de la entidad es difícil, dado que las historias narradas son vagas o no confiables,<sup>8</sup> por la ausencia de signos externos obvios<sup>6</sup> y por que los signos y síntomas de esta forma de trauma craneano no son específicos. La historia de sacudida es obtenida en la menor parte de los casos.<sup>8</sup> Los hallazgos clínicos pueden imitar una infección, intoxicación o desorden de tipo metabólico.<sup>15</sup> En algunas ocasiones se ha hecho el diagnóstico postmortem de síndrome de muerte súbita del lactante, debido a que no se encuentra una causa atribuible.<sup>16</sup> Esto hace que el médico tenga que recurrir a la realización de exámenes de laboratorio e imagenología para sustentar y confirmar su sospecha. Alexander R y col,<sup>17</sup> informaron de 24 niños inicialmente diagnosticados como síndrome del niño sacudido, por examen físico, gamagrafía, Tomografía Axial Computarizada (TAC) o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y en algunos casos autopsias. Encontraron que la mitad de los pacientes mostraron ausencia de evidencia física de trauma, mientras que en los casos que existía evidencia de trauma externo, este no fue predictivo de un resultado fatal. Estos hallazgos sugirieron por sí mismos, que el acto de sacudir violentamente a un niño, es más que suficiente para causar daño intracraneal severo o fatal.

El maltrato en los niños por sacudidas puede llevar a lesiones severas, incluyendo lesión cerebral, defectos neurológicos, ceguera y retardo mental. Esos hallazgos pueden ser encontrados sin signos físicos externos de agresión en la cabeza, lo que lleva a afirmar que el diagnóstico de este síndrome depende en parte en el alto índice de sospecha y los hallazgos al examen físico.<sup>15,18</sup>

El síndrome debe sospecharse en menores de 1 año con irritabilidad, letargia, apnea, convulsiones, vómito, somnolencia, disminución o incremento del tono, bradicardia, dificultad respiratoria o respiración irregular, pobre alimentación, coma o muerte.<sup>6,18-20</sup> Algunos pacientes ingresan con síntomas menores como letargia, irritabilidad y meningismo, mientras otros tienen deterioro severo desde su llegada al servicio de urgencias con opistótonos o estado moribundo.<sup>8</sup> Los pacientes que tienen hematomas subdurales agudos presentan convulsiones en el 60-90% de los casos.<sup>7</sup>

Al examen físico se deben tener en cuenta los hallazgos en la fontanela, la cual puede estar a plenitud, el perímetro cefálico que sobrepasa el percentil 90 y al examen de fondo de ojo se puede hallar edema de papila (si existe hipertensión endocranena) y hemorragia retiniana.<sup>7,15</sup> Las convulsiones son informadas en el 40-70% de los pacientes.<sup>8</sup> Los signos vitales cuando existe hipertensión endocranena, revelan elevación de la presión sistólica, bradicardia o taquicardia y respiraciones lentas e irregulares.<sup>7</sup> En todo niño con sospecha de síndrome de niño sacudido o de maltrato físico, se le debe practicar una valoración oftalmológica completa, en lo posible realizada por un oftalmólogo, en busca de hemorragias retinianas y de la vaina del nervio óptico.<sup>4,19</sup>

El trauma ocular severo no penetrante, y el sistémico, puede causar una variedad de anomalías en el segmento posterior, como conmoción retinal, edema del epitelio pigmentoso retinal, ruptura coroidal y avulsión del nervio óptico, solas o en combinación.<sup>21,22</sup> La hemorragia retinal ha sido encontrada en el 65-95% de los pacientes. Estas hemorragias pueden ser uni o bilaterales.<sup>8</sup> El trauma macular y el desprendimiento o diálisis retinal, puede ocurrir posterior a un trauma ocular severo. Así también, el trauma sistémico puede ocasionar retinopatía difusa (retinopatía de Purtscher en el síndrome del niño sacudido) o anomalías retinales localizadas. Las alteraciones de tipo intravascular o por aumento de la presión intracraneal, pueden terminar en hemorragia del vítreo, asociada a pérdida visual.<sup>21,22</sup>

Wilkinson WS y col,<sup>23</sup> encontraron en su estudio con 14 casos de lactantes con síndrome del niño sacudido, que el tipo de hemorragia intraocular se correlacionaba con la severidad y el pronóstico del trauma. Cuando al examen oftalmológico se hallaba compromiso difuso al fondo de ojo, con hemorragia del vítreo, hemorragia subhialoidea grande, hemorragia retinal severa, estos datos se correlacionaban con un severo daño neurológico.

### Laboratorio e Imagenología

#### Líquido Cefalorraquídeo (LCR)

Los hallazgos en el líquido cefalorraquídeo obtenido por punción lumbar (PL) o subdural muestran señales de sangrado que pueden sugerir el diagnóstico.<sup>15</sup> En algunos casos de pacientes con disfunción del sistema nervioso central, a quienes se les realiza PL, esta es informada como traumática, sin llegar a pensarse en que el sangrado es secundario a maltrato físico no evidenciado externamente.<sup>24</sup>

#### Otros laboratorios

Los valores de hemoglobina pueden estar bajos. Las pruebas de coagulación alteradas no necesariamente indican trastorno de la coagulación primario, mientras puede reflejar una lesión cerebral de base.<sup>8</sup>

#### Imagenología

Se considera que el estudio imagenológico es “la voz del niño agredido”, ya que pone de manifiesto la historia de agresión y permite localizar lesiones en lugares poco habituales. La TAC confirma el diagnóstico y en ella podemos encontrar hematomas subdurales (visualizados con formas curvilíneas o semilunar), hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, en ausencia de signos externos de trauma.<sup>4,15,19</sup> Levin AV,<sup>25</sup> informa el caso de un niño quien presentó un estatus epiléptico. La TAC craneoencefálica inicial fue normal y no se encontraron hallazgos que sugirieran abuso o el síndrome del niño sacudido. Después de consultar a un oftalmólogo, el cual evidenció hemorragia retinal bilateral, se tomó una RMN, en la cual se halló hemorragia cerebral, contusión hemorrágica y hematomas subtemporales bilaterales. Esto sugiere, que a pesar de un TAC normal ante la sospecha de síndrome del niño sacudido, se debe evaluar oftalmológicamente al paciente y ante la duda se debe solicitar una RMN para confirmar el diagnóstico.

Una evaluación esquelética es esencial en la evaluación de los niños con este síndrome, ya que las anomalías extracraneales se encuentran hasta en el 30-70% de los niños con este tipo de maltrato. Se han descrito múltiples fracturas posteriores o laterales de las costillas, así como fracturas metafisiarias.<sup>8</sup>

### Patología

#### Necropsia

En pacientes que fallecen y a quienes se les practica necropsia, se debe averiguar los hallazgos patológicos del ojo y del nervio óptico, ya que estos pueden ser útiles para determinar la manera de como falleció un niño, después de una lesión intracraneal aparentemente no accidental. Budenz y col,<sup>26</sup> evaluaron las autopsias en trece niños quienes murieron a causa de lesiones intracraneales, después de traumas no accidentales. Estos autores encontraron, que la hemorragia de la vaina del nervio óptico, más prominente en el espacio subdural, estuvo presente en todos los pacientes con lesiones intracraneales no accidentales; las hemorragias retinianas múltiples se encontraron en 11 de los 13 pacientes. Estos datos sugieren que la presencia de hemorragia en la evaluación histopatológica en la vaina del nervio óptico y la hemorragia intraocular, pueden sugerir el diagnóstico de muerte en niños por causas no traumáticas. Munger y col,<sup>27</sup> encontraron en los estudios histopatológico y neuropatológico del ojo, hemorragias preretinianas, intraretinianas y subretinianas; las hemorragias de la capa superficial retinal y del espacio retinal subsensorial predominaron; las hemorragias intraretinales y perirretinales fueron más prevalentes en el polo posterior. En cinco casos se encontraron desprendimientos retinianos, mientras la incidencia de edema del disco óptico y hemorragia coroidal fueron escasas. En este estudio la hemorragia retiniana se halló en todos los casos, mientras la hemorragia intracraneal se presentó en 11 de los 12 pacientes y el edema cerebral se encontró en 10 de ellos. Esto nos lleva a la conclusión, de que se debe realizar necropsia y búsqueda de lesiones en estos sitios del ojo en todos los pacientes que fallecen por esta causa y en quienes se sospeche abuso o maltrato.

Duhaime y col,<sup>28</sup> en siete años de estudio encontraron 48 casos del síndrome del niño sacudido, de los cuales 13 (27%) fallecieron. El 50% de estos mostraron señales de trauma cerebral severo en la autopsia. Todas las muertes se asociaron a un incremento descontrolado de la presión endocraneana. Este aumento de la presión endocraneana ha sido asociado con herniación cerebelar como causa de muerte y con hemorragias retinianas y de la vaina del nervio óptico.<sup>29</sup>

Los oftalmólogos deben estar concientizados a cerca de este problema, porque es a ellos a quienes acuden pacientes con trastornos oculares o quienes encuentran en valoraciones de rutina hemorragias retinianas, en niños sin factores de riesgo y sin antecedentes de traumas oculares o craneanos.

## TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Estas dos palabras no se pueden desligar cuando hablamos de maltrato infantil. Cuando el pediatra u otro médico sospeche el síndrome, recomendamos seguir los siguientes pasos:

### Reconocimiento<sup>30</sup>

#### Detención precoz del maltrato

Cuando se reconoce en una o varias personas que cuidan del niño o están cerca de él algún factor de riesgo o algunas de las características antes mencionadas, se debe mantener al niño alejado de dichos individuos. Cuando la madre, padre, hermanos u otro que cuide del niño, estén bajo cansancio físico o mental, problemas económicos o de salud física o mental, que estén ocasionando estrés, deben en lo posible mantener la calma o alejarse del niño, sobre todo si este aqueja también alguna dolencia o simplemente llora por hambre, frío, falta de afecto, etc, y permitir a otra persona de la familia consolar, alimentar, calentar o acercarse al niño, para así evitar reacciones del adulto que le puedan causar daño.

### Protección<sup>30</sup>

Entre la formas positivas para manejar (y proteger) a un bebé que esta molesto, irritable y llora:

- Ofrecerle el chupón
- Llevarlo a dar una vuelta en el coche o en el carro.
- Abrácelo y mímelo cerca de su pecho
- Envolver al bebé en una cobija, ponerlo en la cuna o en otro lugar seguro, cerrar la puerta e irse para otro cuarto.
- Desahogar su enojo de una manera que no sea peligrosa: escuchar música, ducharse, practicar algún deporte, lavar el carro o asear la casa o el jardín, respirar profundo y calmarse.
- Llamar a un amigo o pariente. Hablarle de su frustración o preguntarle si le puede dar un descanso por un rato.
- Llamar al doctor de su hijo para que le dé otros consejos sobre cómo cuidar a un bebé fastidiado.
- Investigue porque llora su bebé: tiene hambre, tiene el pañal mojado o sucio, tiene frío, sueño o está cansado, esta enfermo, o requiere alguna atención.

Cuando ya un bebé ha sido sacudido (maltratado), se debe hospitalizar para protegerlo mientras se evalúa la seguridad en su hogar. Se debe obtener una relación adecuada con los familiares del niño a pesar de su culpabilidad. Sin embargo, se deben evitar las acusaciones directas o el diálogo tendencioso. Los padres del niño y su familia deben recibir apoyo de las personas o entes comprometidos con este problema. El coraje, los sentimientos de culpa y el aislamiento son algunas de las emociones que estas familias sienten. Estas familias también tienen que contener con los tremendos costos médicos, un sistema legal que a menudo no castiga a los culpables de este horrible crimen y con profesionales inexpertos que pueden victimizarlos aún más. Incluso existen lugares donde no existe apoyo e información para estas familias o para los profesionales.

### Tratamiento de las complicaciones

Se debe iniciar el tratamiento médico quirúrgico según el caso, desde que el niño se encuentra en la sala de urgencias. El paciente debe ser evaluado por el equipo médico que debe incluir, el pediatra, la enfermera, el neurólogo, el oftalmólogo, y en algunos casos la nutricionista, el fisiatra, entre otras especialidades<sup>30</sup>.

El tratamiento inicial de los niños con marcado deterioro del estado de conciencia incluye intubación, ventilación asistida, resucitación con líquidos y terapia anticonvulsivantes. La evacuación quirúrgica debe ser considerada en los casos de hematomas agudos grandes. Ese debe manejar agresivamente la hipertensión endocraneana. Muchos de estos pacientes debido al mal estado clínico, deben ser hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica.<sup>8</sup>

### Informe del Caso<sup>30</sup>

Es necesario dar a conocer el diagnóstico a los padres antes de informarlo a las autoridades competentes y señalarles que es obligatorio su aviso. En nuestro país el aviso se hace como lo muestra la figura 1.

### Tratamiento de los padres de los niños que han sufrido este tipo de maltrato

La víctima y la familia que han sufrido este problema requieren de atención afectiva, terapéutica, médica y jurídica, así como apoyo total y solidaridad de parte de las personas que la rodean.

La víctima o sus padres deben solicitar ayuda y apoyo a personas cercanas y de confianza, como amigos o familiares; acudir a un servicio médico para que atienda las lesiones que pudo haber sufrido y reciba el

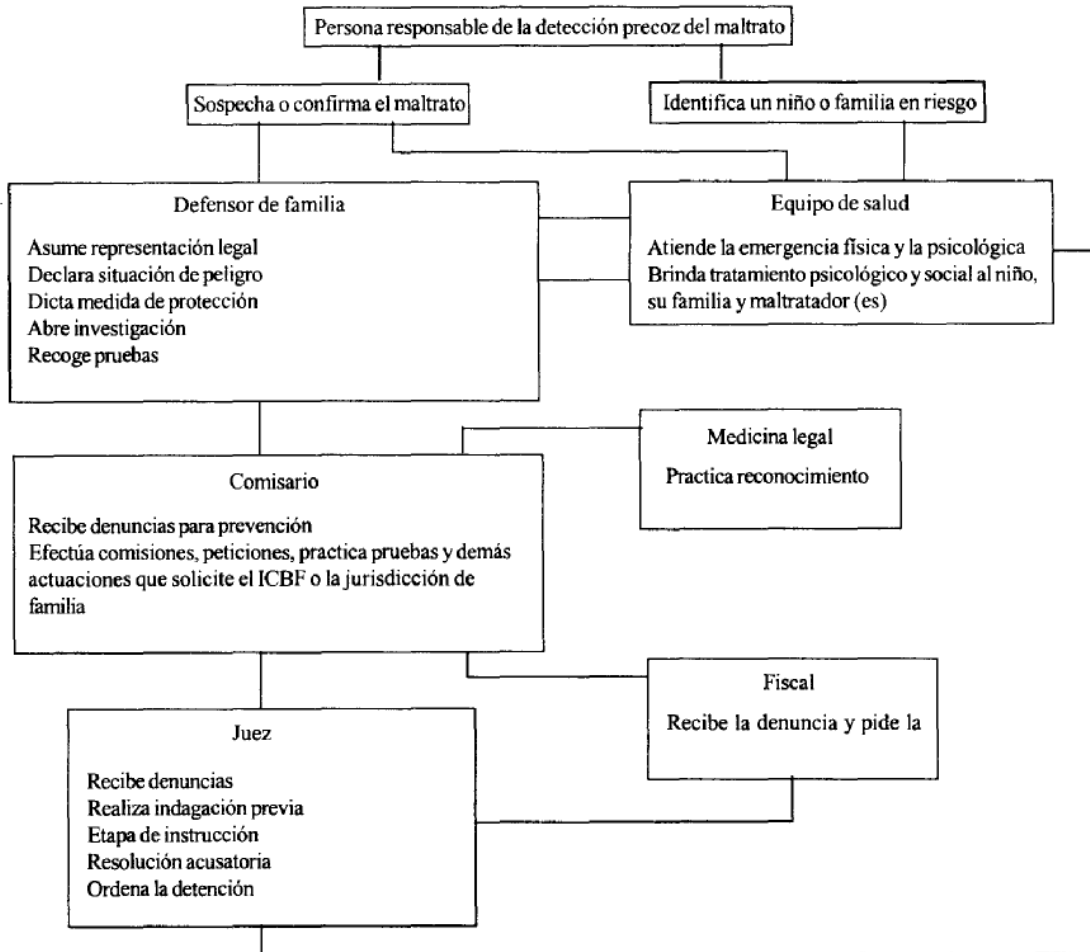


Figura 1. Instituciones para la remisión de casos de maltrato infantil.

tratamiento necesario; solicitar ayuda psicológica, en este caso la puede recibir del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); denunciar el hecho ante las autoridades competentes: pueden ser las unidades de vida y las permanentes de la Fiscalía, Comisarias de Familia o Inspecciones de Policía. Concurrir lo más pronto posible al Instituto de Medicina Legal para que se le practique una valoración médico-legal, previa remisión de la autoridad competente (Ver figura 1).

En el tratamiento y rehabilitación de los padres, participarán trabajo social y psiquiatría de la institución hospitalaria en donde se encuentre el niño. El objetivo es rehabilitar a los padres o personas maltratadoras, entendiendo de que se trata de sujetos enfermos.<sup>30</sup>

**Egreso del paciente cuando ha sido hospitalizado<sup>30</sup>**

El paciente debe egresar de la institución cuando se hayan resuelto los problemas médico-quirúrgicos, pero fundamentalmente cuando se tenga la seguridad de que el medio al cual se va ofrece un máximo de garantía.

**Vigilancia Periódica<sup>30</sup>**

Este procedimiento se hace con el fin de determinar que no se repita el maltrato, no sólo al paciente conocido, sino también a otros miembros de la familia. También se puede observar la evolución de la rehabilitación física y mental del niño y su familia.

**Prevención a nivel comunitario**

El principal medio es la educación, el reconocimiento de la patología y de los factores que pueden llevarlo a ella; todo está basado en el respeto al prójimo y en la dignidad del ser humano. Se debe denunciar toda expresión que conduzca al maltrato del menor por parte de un adulto; debe existir mucha solidaridad ciudadana, mediante redes de comunicación y protección comunitarias.

**Prevención a nivel familiar**

Se debe propender por relaciones familiares basadas en el respeto y la comunicación, teniendo en cuenta las necesidades de los demás; respeto por la integridad de los niños, y a los límites que ponen en sus relaciones con los adultos; educación a madres, padres, hermanos,

cuidadores de niños, sobre la patología, sus consecuencias y las formas de prevención, todo lo cual gira alrededor del amor, afecto, tolerancia hacia los niños.

Se debe promover la modificación de los factores predeterminantes, emprendiendo tres acciones simultáneas: hacerlos vituperables, persuadir a los padres de que otros medios de apaciguamiento son más eficaces y adecuados.<sup>1</sup>

### **Prevención a nivel institucional**

Promover campañas en establecimientos educativos y centros laborales tendientes a estimular el respeto entre hombres y mujeres. Promover la solidaridad y la comunicación.

El médico y cualquier persona de salud debe mostrar todo el interés sobre estos problemas. Los médicos de atención primaria, de familia o pediatras no deben ser renuentes a pronunciarse sobre un aspecto de la salud pública en la cual han tenido adiestramiento, ya que sino estaríamos participando de eso que se llama maltrato por negligencia.<sup>1</sup> Las instituciones de salud deben emprender las siguientes acciones:<sup>1</sup>

- Definir y reconocer el problema.
- Evaluar los datos acerca del alcance y distribución de este tipo de maltrato.
- Defender los Derechos del Niño, adoptados por la Convención de los Derechos del Niño por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, que proporciona normas mínimas de protección para los niños y confirmar claramente su derecho a ser protegidos del maltrato.
- Establecer un cambio de información posible en conferencias y mediante la compilación de una bibliografía sobre el tema.
- Se requiere reconocer que el maltrato del que hablamos, está complejamente relacionado con varios problemas de gran envergadura, económicos y sociales, a los cuales debe otorgársele atención.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Ninguna otra entidad médica completamente imita en todas sus características al síndrome del niño sacudido. Entre las otras entidades que pueden parcialmente

simular a este síndrome están: trauma craneoencefálico accidental o no por maltrato, trastorno de la coagulación (déficit de vitamina K, etc), osteogenesis imperfecta, aciduria glutárica tipo I, otras enfermedades del metabolismo.<sup>8</sup>

### **PRONÓSTICO**

El pronóstico de la entidad es pobre. El 15% fallecen y el 50% quedan con algún evento mórbido, entre los que se describen déficit motores, convulsiones y trastornos cognitivos.<sup>7,15</sup> Los pacientes con hematomas subdurales agudos alcanzan cifras de mortalidad que oscilan entre el 17-20%.<sup>7</sup>

### **CONCLUSIONES**

Los cuidados preventivos, también son parte integral de la pediatría. El pediatra debe participar activamente en la prevención del maltrato infantil, en especial del síndrome del niño sacudido, mediante la aplicación adecuada de las guías anticipatorias. Este especialista, debe reconocer en los contactos con los padres o los acudientes del niño, durante la consulta médica o en las visitas de éste al hogar del paciente, los múltiples factores que interactúan para producir o conducir a la violencia. Al detectar el maltrato o los factores de riesgo, se debe avisar al equipo de trabajo contra el maltrato, para que realice una evaluación más amplia e inicie el programa de atención al niño y a la familia.<sup>31</sup>

El problema de la violencia comunitaria y familiar es grande y multifactorial, y la intervención de todos los aspectos es la única forma de detener esta epidemia de violencia. El pediatra tiene la oportunidad de detectar, de comenzar a trabajar y de reducir algunos de estos factores, que subsecuentemente llevan al maltrato infantil, pero en lo posible debe trabajar en coordinación de todo el equipo.

Si la historia clínica de un paciente es sugestiva del Síndrome del bebé sacudido, el niño debe ser internado para su atención hospitalaria. Si se sospecha, hay que cumplimentar los procedimientos legales necesarios para la protección del niño. Los cuidadores deben estar al tanto del diagnóstico presuntivo, sin ser acusados y saber que se necesitarán investigaciones por el propio bien del niño. La seguridad futura del niño se encuentra en la habilidad del médico de reconocer las características de este síndrome. Las estrategias de prevención deben ser guiadas por la comprensión de la fisiopatología y las causas de este desorden tan común.



## REFERENCIAS

1. Barreto PhL y Suárez OE. Maltrato de niños y adolescentes: una perspectiva internacional. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 121: 123-37.
2. Baeza HC., Hoque, SH., James, SM. y col. Síndrome de Niño Maltratado. Espectro de un Problema. Bol Med Hosp Infant Mex. 1986; 43: 71-77.
3. Giraldo CA. Violencia intrafamiliar. El síndrome del niño maltratado. En Medicina Forense. Por Giraldo Cesar A. 8a edición. Editorial Señal Editorial, Medellín, Colombia 1996; 189-98.
4. Monaco JE. Síndrome de maltrato infantil ("Lactante Sacudido"). Clin Pediatr N Am 1994; 6: 1251-5.
5. Weissgold DJ, Budenz DL, Hood I, Rorke LB. Ruptured vascular malformation masquerading as battered/shaken baby syndrome: a nearly tragic mistake. Surv Ophthalmol 1995; 39: 509-12.
6. Coody D, Brown M, Montgomery D, Flynn A, Yetman R. Shaken baby syndrome: identification and prevention for nurse practitioners. J Pediatr Health Care 1994; 8: 50-6.
7. Rosman NR. Lesión encefálica aguda. En Neurología Pediátrica. Principios y práctica. Por Swaiman KF. Mosby/Doyma Libros, S.A. Segunda Edición. Madrid España. 1996; 971-95.
8. Duhhaime A, Christian C, Rorke L, et al. Nonaccidental head injury in infants – The "Shaken-Bay Syndrome". N Engl J Med 1998; 338: 1822-9.
9. Allen EM, Boyer R, Cherny WB, et al. Head and Spinal Cord Injury. In Textbook of Pediatric Intensive Care. For Rogers MC. Williams & Wilkins. Third Edition. Baltimore, Maryland, USA. 1996; 809-57.
10. Usted ya detectó, le está dando solución al problema del maltrato infantil. Presidencia de la República. 1993.
11. III Informe sobre maltrato infantil. Procuraduría para la Defensa del menor y la Familia. Septiembre, 1994.
12. Starling SP, Holden JR and Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. Pediatrics 1995; 95: 259-62.
13. Hargrave DR, Warner DP. A study of child homicide over two decades. Med Sci Law 1992; 32: 247-50.
14. Brenner SL, Fisher H, and Mann-Gray s. Race and the shaken baby syndrome : experience at one hospital. J Natl Med Assoc 1989; 81: 183-4.
15. Ludwing S, Warman M. Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. Ann Emerg Med 1984; 13: 104-7.
16. Bass M, Kravath RE, and Glass L. Death-scene investigation in sudden infant death. N Engl J Med 1986; 315: 100-5.
17. Alexander R, Sato Y, Smith W and Bennett T. Incidence of impact trauma with cranial injuries ascribed to shaking. Am J Dis Chil 1990; 144: 724-6.
18. Spaide RF, Swengel RM, Scharre DW and Mein CE. Shaken baby syndrome. Am Fam Physician 1990; 41: 1145-52.
19. Chiocca EM. Shaken baby syndrome: a nursing perspective. Pediatr Nurs 1995; 21: 33-8.
20. Nashelsky MB. The time interval between lethal infant shaking and onset of symptoms. A review of the shaken baby syndrome literature.
21. Williams DF, Mieler WF, and Williams GA. Posterior segment manifestations of trauma ocular. Retina 1990; 10 (suppl 1): 35-44.
22. Gaynon MW, Koh K, Marmor MF. And Frankel LR. Retinal folds in the shaken baby syndrome. Am J Ophthalmol 1988; 106: 423-5.
23. Wilkinson WS, Han DP, Rappley MD, and Owings CL. Retinal hemorrhage predicts neurologic injury in the shaken baby syndrome. Arch ophthalmol 1989; 107: 1472-4.
24. Apolo JO. Bloody cerebrospinal fluid : traumatic tap or child abuse?. Pediatr Emerg Care 1987; 3: 93-5.
25. Levin AV, Magnusson MR, Rafto SE, and Zimmerman RA. Shaken baby syndrome diagnosed by magnetic resonance imaging. Pediatr Emerg Care 1989; 5: 181-6.
26. Budenz DL, Farber MG, Mirchandani HG, Park H, Rorke LB. Ocular and optic nerve hemorrhages in abused infants with intracranial injuries. Ophthalmology 1994; 101: 559-65.
27. Munger CE, Peiffer RL, Bouldin TW, Kylstra JA, Thompson RL. Ocular and associated neuropathologic observations in suspected whiplash shaken infant syndrome. A retrospective study of 12 cases. Am J Forensic Med Pathol 1993; 14: 193-200.
28. Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, et al. The shaken Baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. J Neurosurg 1987 ;66 :409-15.
29. Lambert SR, Johnson TE, and Hoyt CS. Optic nerve sheath and retinal hemorrhages associated with the shaken baby syndrome. Arch Ophthalmol 1986; 104: 1509-12.
30. Loredó AA. El maltrato al menor, espectro clínico. En Medicina Interna Pediátrica. Por Loredó AA. Segunda edición, Interamericana-McGraw-Hill, México, 1990; 471-89.
31. Sege RD, Perry C, Stigol L, et al. Short-term effectiveness of anticipatory guidance to reduce early childhood risks for subsequent violence. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 392-7