



CAPÍTULO NO. 32  
SÍNDROME DE MALTRATO AL MENOR  
**Dra. Xóchitl Adriana Avalos Huizar**

Pediatra egresado del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente IMSS  
Médico Adscrito al HGR No. 46 del IMSS  
Médico Adscrito al Servicio de CutaneoPediatría del Servicio de Pediatría  
del Hospital Civil de Belén. Curso de Superación Académica en Dermatología UDG.

**Luis Manuel Avalos Chávez DCSP**  
Universidad de Guadalajara

**OBJETIVO TERMINAL:**

Al final del capítulo el alumno será capaz de describir la etiología, el cuadro clínico, epidemiología, detección temprana, tratamiento y las complicaciones del síndrome de maltrato al menor de edad.

**OBJETIVOS CONDUCTUALES:**

- 1.- Describir la etiología del maltrato
2. - Analizar el cuadro clínico del maltrato al menor de edad.
3. - Discutir cómo realizar la detección temprana del maltrato al menor.
- 4.- Proponer tratamiento del maltrato.
- 5.- Describir el diagnóstico diferencial del maltrato.
6. - Señalar las principales complicaciones del maltrato al menor.

## **INTRODUCCION:**

El síndrome fue descrito por primera vez por Ambroise Tardieu en 1860 en Francia, quien describió los hallazgos en necropsias de 32 niños, en 19 de ellos encontró que murieron quemados o asfixiados. En 1883 médicos ingleses fundaron la primera English Society for the Prevention of Cruelty to Children en la ciudad de Liverpool. Esta sociedad analizó 762 casos con diversas lesiones y la muerte de 25 de ellos sin precisar, pero se sospechó fuertemente que los padres eran los culpables.

Caffey publicó en 1946 los hallazgos de fracturas múltiples y hematoma subdural en 6 niños, iniciando este autor la descripción de lo que actualmente se conoce como el síndrome del niño maltratado, en 1953 Silverman describió que las lesiones las producían los padres introduciendo tanto por este autor como por Kempe el término de síndrome del niño golpeado. En resumen, el maltrato al menor ha ocurrido en la humanidad desde su inicio y en las sociedades se han presentado con diversas fases iguales o diferentes a la actual, casi todos los autores concluyen que el problema es universal, que se observa en cualquier momento y lugar del globo terráqueo, no todos los pueblos estudian y aceptan esta realidad para combatirla, yo creo que las clases sociales más desprotegidas tienen una tasa más alta de maltrato por el estrés que tienen a diario en su sociedad y la forma que más se presenta es sobre todo, el maltrato físico. En México los autores que más han estudiado y reportado dicha patología son Riojas, Espinoza, Marcovich, Loredo, Ariza y otros.

## **CONCEPTO Y DEFINICION:**

Para esta publicación creemos que la definición de Fontana es la más adecuada, ya que este autor señaló que es posible que en los niños se detecten alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención por falta de atención del adulto que cuida al niño maltratado, ampliando con ello el concepto de maltrato al menor.

## **EPIDEMIOLOGÍA:**

La frecuencia del síndrome es alta pero sus cifras exactas se desconocen, aunque se tiene conocimiento de que se da sobre todo en clases socioeconómicas bajas, algunos autores describen esta situación como sin importancia, algunas características de los niños agredidos son hijos de padres agredidos en su infancia, de familia desintegrada, con estado civil de no casados, muchos padres son alcohólicos, con familias numerosas y frecuentemente existen otros miembros de la misma familia maltratados, los padres tienen poca escolaridad. Los niños de alto riesgo de maltrato presentan las siguientes características, la edad más frecuente son los lactantes y preescolares, los recién nacidos, prematuros, con enfermedades crónicas, con anomalías congénitas, desnutridos, de familias pobres, con poca escolaridad, desintegradas, disfuncionales, etc.

A partir de 1996 pude contar con la reimpresión de la CIE-10 donde ya aparece la causa Y06..8, la Y0.9 que corresponden la primera a negligencia y abandono por otra persona especificada y la segunda a otra persona no especificada y la Y07 a otros síndromes de maltrato en general pero la Y07.8 y la Y08. la Y09.0 corresponden la primera a otra persona especificada y la segunda a otra persona no especificada respectivamente esto es un avance, ya que anteriormente a esta clasificación el síndrome del niño maltratado no podía ser contabilizado y por lo tanto reportado en las estadísticas hospitalarias, estatales, menos nacionales.

TABLA NO. 1					
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES POR GRUPO DE EDAD ESTADOS UNIDOS MEXICANOS					
Padecimiento	CIE-10 Y07.0-Y07.2	GRUPOS DE EDAD			
		< 1	1 a 4 a	5 a 9	10 a 14 a
	2006				
	POBLACIÓN GENERAL				
1.- Violencia intrafamiliar	Y07.0-Y07.2	130	494	835	1055
	2005				
	POBLACIÓN GENERAL				
1.- Violencia intrafamiliar	Y07.0-Y07.2	125	432	832	1025
	2004				
	POBLACIÓN GENERAL				
1.- . Violencia intrafamiliar	Y07.0-Y07.2	123	444	644	846
Tasa por 100,000 habitantes mayores de un año. FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/ Dirección General de Epidemiología/ SSA.					

TABLA NO. 2						
DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES POR GRUPOS DE EDAD ESTADOS UNIDOS MEXICANOS						
Padecimiento	CIE-10 Y07.0-Y07.2	GRUPOS DE EDAD				
		< 1	1 a 4 a	5 a 9	10 a 14 a	
	2003					
	POBLACIÓN GENERAL					
1.- . Violencia intrafamiliar	Y07.0	SSA 5300	IMSS 194	ISSSTE 489	OTRAS 4221	
	2002					
	POBLACIÓN GENERAL					
1.- . Violencia intrafamiliar	Y07.0	5009	390	188	2548	
	2001					
	POBLACIÓN GENERAL					
1.- . Violencia intrafamiliar	Y07.0	4993	466	211	2853	
Tasa por 100,000 habitantes mayores de un año. FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/ Dirección General de Epidemiología/ SSA.						

## **ETIOLOGÍA:**

La etiología es muy diversa, podemos señalar que la más frecuente es el maltrato físico con lesiones, fracturas y quemaduras, después el abuso sexual con violación, incesto, manipulación de genitales, etc. y por último, formas poco comunes como el síndrome de Munchausen, el abuso fetal, el abuso infantil de tipo ritual y religioso, los niños de la guerra y de la calle.

## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

El diagnóstico clínico se efectúa buscando las lesiones compatibles con maltrato y que son las señaladas en el párrafo anterior, vale la pena señalar que siempre es necesario pensar en el síndrome cuando se dan las siguientes características en un menor de edad: acuden muy tardíamente a curación o a recibir atención médica, las lesiones no corresponden al mecanismo de producción que arguye el encargado de presentar al menor de edad, por ejemplo, es poco probable que un menor de 2 años de edad presente fracturas de cualquier tipo, que se cayó de la azotea o que un recién nacido se cayó de la cama.

Otra pista para sospechar el diagnóstico es la actitud de los padres que casi siempre los sobreprotegen delante del médico y los llevan en la madrugada y en las últimas horas de la noche, los niños están demasiado irritables frente al médico u otro adulto, son pasivos a la exploración física o los exámenes tomados y se adaptan inmediatamente a las salas de hospital y se esconden cuando ven al agresor.

En ocasiones a pesar de toda la habilidad clínica, es necesario utilizar otro tipo de estudios de gabinete y laboratorio para poder establecer el diagnóstico de maltrato, en los casos de fractura de cráneo se debe sospechar hemorragia intracraneana y pedir una TAC o en caso de síndrome de Munchausen donde todos los exámenes son normales.

El presente capítulo tuvo como antecedentes dos trabajos previos sobre maltrato infantil elaborados uno durante 1989 y el otro en el año de 1996. Se realizaron en dos periodos en los Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Zona No. 14, del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital Regional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el objetivo, es la detección precoz de maltrato en niños. Se plantea la hipótesis de que no son adecuadas las variables estudiadas para efectuar la detección.

El material estuvo constituido por formularios que se aplicaron, previa autorización y mención del propósito de la investigación, a los familiares de los niños que acudieron al Servicio de Urgencias. El método fue la aplicación y el análisis de las variables del cuestionario, considerando niños de alto riesgo los que sumaran 8 y más variables y de bajo riesgo los de 7 ó menos.

Sobresale en los resultados que algunas de las variables estudiadas se presentan con mayor frecuencia que otras en los 59 niños estudiados, los cuales se dividen en 44 niños de alto riesgo y 15 niños de bajo riesgo, las variables más significativas son familias de más de seis miembros, más de 8 horas de trabajo, familias con insatisfacción económica, retardo en buscar tratamiento y la pareja con problemas, los niños abandonados o con enfermedades crónicas. Se rechaza la hipótesis de nulidad y se concluye que sí es útil el formulario aplicado para efectuar detección de maltrato en urgencias. En el siguiente cuadro se muestran los tipos de lesión más comúnmente encontrados en 59 casos sospechosos de maltrato en dos unidades de Urgencias Pediátricas en la ciudad de Guadalajara en dos periodos diferentes

## DETECCIÓN TEMPRANA:

No hay patrones fijos que puedan mencionarse y sean exclusivos para la detección del maltrato en niños, las manifestaciones clínicas variarán de acuerdo a la forma de violencia utilizada. Se pueden encontrar lesiones causadas por pies, manos o por instrumentos y por muestras de negligencia que van desde el simple desaseo o descuido del niño hasta casos severos de inanición y deshidratación. Se han encontrado niños agredidos con lesiones insólitas y muchos de esos casos pasan desapercibidos, porque no son reportados y otros más porque no solicitan atención médica. Los signos más frecuentes de maltrato y negligencia incluyen: (6) desnutrición, mal aseo, quemaduras, huellas o marcas causadas por golpes, fracturas, estallamiento de vísceras y lesiones en genitales.

Los servicios de urgencias son los lugares más apropiados para detectar las lesiones causadas por maltrato, las lesiones típicas de maltrato se deben buscar intencionadamente y en la exploración física se debe de buscar equimosis, cicatrices, mordeduras, hematomas o quemaduras, hemorragias retinianas por sacudidas violentas, los tipos de lesiones son muy variadas e incluyen golpes y quemaduras, los golpes se aplican con diversos objetos por lo que son diferentes las lesiones, el mecanismo de producción de los traumatismos más frecuente son los golpes, caídas, marcas de cinturón, mordidas, patadas, azotes contra el suelo o las paredes y hasta con objetos cortantes. Las quemaduras se las producen con cigarrillos, líquidos calientes, planchas, etc.

<b>CUADRO No.1 TIPO DE LESIONES EN 59 CASOS CON SOSPECHA DE MALTRATO. SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS</b>		
Tipo de	n	%
1.- Traumatismos craneoencefálicos	12	20.36
2.- Intoxicaciones	8	13.56
3.- Fracturas	8	13.56
4.- Desnutrición	5	8.48
5.- Niños con malformación congénita	5	8.48
6.- Niños con enfermedad crónica	3	5.08
7.- Abandono	3	5.08
8.- Caídas	3	5.08
9.- Lesión en la mano	3	5.08
10.- Atropellamiento	2	3.39
11.- Quemaduras	2	3.39
12.- Codo y hombro de niñera	2	3.39
13.- Heridas punzocortantes.	1	1.69
14.- Contusiones.	1	1.69
15.- Lesiones en genitales	1	1.69
Total	59	100.00

Fuente: Estudio directo.

## FACTORES DE RIESGO PARA QUE SE DE EL SÍNDROME DE MALTRATO AL MENOR:

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial se debe establecer con enfermedades poco comunes como escorbuto, raquitismo, osteogénesis imperfecta, etc., entre las infecciosas con el síndrome TORCHS y en las equimosis o hematomas con defectos de coagulación con hemofilia, púrpuras y traumatismos accidentales

### TRATAMIENTO:

El tratamiento debe ir dirigido al tipo de lesión de que se trata, uno de los puntos más importantes es al efectuar el diagnóstico se debe internar al niño para separado del agresor y con esta medida proteger de más maltrato y por ende mayor lesión. El segundo punto debe ser dar parte al ministerio público para proteger legalmente al menor por medio de trabajo social y avisar a la procuraduría del menor que en este estado se encuentra en el DIF Jalisco.

<b>CUADRO No.2 FACTORES DE RIESGO SOCIAL E INDIVIDUAL EN 59 CASOS CON SOSPECHA DE MALTRATO SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIATRICAS</b>		
<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1.-Insatisfacción de necesidades económicas	36	61.0
2.-Padres con carga de trabajo mayor de 8 horas	30	50.8
3.-Alcoholismo social	28	47.5
4.-Padres menores de 30 años	28	47.5
5.-Familia de más de 6 componentes	26	44.0
6.-Maltrato de los abuelos a los padres	25	42.4
7.-Edad menor de 30 años	25	42.4
8.-Problema con la pareja	25	42.4
9.-Retardo en buscar tratamiento médico	22	37.3
10.-Trauma craneoencefálico	18	30.5
11.-Padecimientos crónicos	18	30.5
12.-Motivo de consulta incongruente con lesión	17	28.8
13.-No ecuanimidad ante el llanto del niño	15	25.4
14.-No quererlo	14	23.7
15.-Fracturas	11	18.6
16.-Abandono	10	16.9
17.-No poder mantenerlo	9	15.2
18.-Intoxicaciones	8	13.5
19.-Desnutrición	7	11.8
20.-Niños con retraso mental	6	10.1

Fuente: Estudio directo

## **PRONÓSTICO:**

El pronóstico dependerá del tipo de lesión y de la cronicidad de las mismas, por ejemplo en caso de lesión física como sería una fractura, la duración para sanar va de 3 a 6 semanas, puede ser necesaria cirugía o simplemente inmovilización de la misma, pero en el caso de ataque sexual y en niños mayores de 6 años las lesiones no se pueden medir, ni su duración, porque depende de la capacidad de adaptación del niño para la lesión de tipo psicológico.

## **COROLARIO:**

Este capítulo es producto de una secuencia de estudios cuyo objetivo es establecer la prevalencia en nuestro medio del síndrome del niño maltratado la cual, según nuestra experiencia es del orden del 5 % de la población tapatía, dicha cifra parece muy alta pero vale la pena resaltar que durante 1997 en el Hospital Civil de Guadalajara en la División de Pediatría se registraron 2 niños fallecidos de 6 con dicho diagnóstico, con tasa de letalidad de 33.3%, esto no es más que la punta del iceberg. Las formas de maltrato al menor señaladas por Loredó en su Texto en 1994, difieren de lo señalado por nosotros, la explicación se debe a que él reporta lo encontrado en un Instituto de Pediatría de concentración en el DF, que además concentra estados que lo rodean muy paupérrimos.

**CUADRO No.3**  
**FACTORES DE RIESGO SOCIAL E INDIVIDUAL EN 59 CASOS**  
**CON SOSPECHA DE MALTRATO URGENCIAS PEDIATRICAS**

Factor de riesgo	Si	No	OR	
Insatisfacción económica	Si	4	10	<b>22.1</b>
	No	2	13	
Retardo en buscar consulta	Si	21	23	12.7
	No	1	14	
Niños con enfermedades crónicas	Si	17	27	<b>8.81</b>
	No	1	14	
No ecuanimidad al llanto	Si	14	30	<b>6.53</b>
	No	1	14	
Hijo no deseado	Si	13	31	<b>5.87</b>
	No	1	14	
Familia con más de 6 Componentes	Si	23	21	<b>4.38</b>
	No	31	2	
No pueden mantenerlo	Si	8	36	<b>3.11</b>
	No	1	14	
Niños con antecedentes de abandono	Si	9	35	<b>3.07</b>
	No	1	14	
Niños con desnutrición	Si	6	38	2.21
	No	1	14	
Incongruencia en motivo de consulta	Si	14	30	1.87
	No	3	12	
Padres con alcoholismo social	Si	22	22	1.50
	No	6	9	
Niños con traumatismo de cráneo	Si	14	30	1.28
	No	4	1	

Fuente: Estudio directo.

**TABLA No. 1  
SISTEMA PARA DETECTAR MALTRATO**

VARIABLE	n	%
Insatisfacción de las necesidades económicas	36	61.0
Padres con más de 8 horas de trabajo	30	50.8
Alcoholismo social	26	47.5
Padres menores de 30 años	28	47.5
Familia de más de seis	26	44.0
Maltrato de abuelos a padres	25	42.4
Problemas de pareja	25	42.4
Retardo en la búsqueda de tratamiento médico	22	37.3
Traumatismo de cráneo	18	30.5
Padecimientos crónicos	18	30.5
Motivo de consulta incongruente con la lesión	17	28.8
No ecuanimidad ante el llanto del niño	15	25.5
No querer al niño	14	23.7
Fracturas en menores de tres años	11	18.6
Abandono	10	16.9
No poder mantenerlo	9	15.2
Intoxicaciones	8	13.5
Desnutrición	7	11.8
Niños con retraso mental	6	10.1

**Fuente: Estudio de 59 casos de sospecha de maltrato observados en  
Los Servicios de Urgencias de Pediatría del IMSS e ISSSTE.  
Datos sin publicar.**

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Magaña RJ. El síndrome del niño maltratado. Prevalencia en la ciudad de Guadalajara. Tesis para obtener el grado de Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Universidad de Guadalajara, Jalisco. México: 1983.
- 2.-Villegas CM. Prevalencia del síndrome del niño maltratado en la Ciudad de Guadalajara . Tesis para obtener el grado de Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Universidad de Guadalajara, Jalisco. México: 1984.
- 3.-Kempe CH: The battered child syndrome. JAMA. 1962;181:17-20.
- 5.-Marcovich J. Tengo derecho a la vida. México: Editores Mexicanos Unidos, S.A.,1981.
- 6.-Schmitt BD. Síndrome del niño golpeado ( Abuso y negligencia contra los niños ). En: Kempe C, Silver H, O Brien D:Diagnóstico y tratamiento pediátricos.5ta.Ed. México : El Manual Moderno, S.A. de C.V. 1981: 857-861.
- 7.-Hebeler JR: Maltrato y abuso en niños. En: Holder TM, Ashcraft KW: Cirugía pediátrica. Ed. Interamericana.México, 1987;107-115.
- 8.-Loredo-Abdalá A: Maltrato al menor. Ed Interamericana. 1993.
- 9.-Dávila Montesinos A: Algunas consideraciones sobre el diagnóstico del niño maltratado. En: Marcovich J: El Maltrato a los hijos. Ed Edicol Méx. 1978;73-8.
- 10.-Sanz-Muñoz R. El maltrato a los niños . Periódico El Informador, Guadalajara, Jalisco. México: 1988.
- 11.-Avalos-Chávez LM, Novoa-Niz J: Encuesta de morbilidad infantil en la ciudad de Guadalajara. Bol Col Pediatr Jal,1987;1.
- 12.-Green F: Abuso y abandono del niño. Un problema de alta prioridad para el médico familiar. Clin Pediatr North Am 1975; 329-340.
- 13.-Avalos-Chávez LM: Sistemas de riesgo. En: Avalos-Chávez LM: Pediatría. Facultad de Medicina.Universidad de Guadalajara.1997.
- 14.-Dubowits H: ¿Qué conocemos sobre la prevención de los malos tratos a los niños ? Pediatrics 1989; 28:239.
- 15.-Griest K, Zumwalt R: Malos tratos infantiles por ahogamiento. Pediatrics 1989; 28: 51.
- 16.-Marcovich J: Panorama universal del síndrome del niño maltratado. En Marcovich J:Tengo derecho a la vida. Editores Mexicanos Unidos SA México 1981; 17-25.
- 17.-MacMahon B, Pugh T: Principios y métodos de epidemiología. La Prensa Médica Mexicana. México.1975;223-262.
- 18.-Escobar F, Carpio O: Accidentes envenenamientos y violencias. 2da edición Ed Interamericana. México 1983:437.
- 19.-New Berger E, Hyde J: Maltrato en los niños. Principios diagnóstico e implicaciones de la práctica pediátrica actual.Clin Pediatr North Am 1975:699-719. (Fontana).

- 20.- Mc Donald A, Reece RE: Síndrome del niño maltratado. Problemas de información. Clin Pediat North Am 1979;785-799.
- 21.-Nelson, Berman: Tratado de Pediatría. 14ava. edición. Editorial Interamericana. 1992;1310-1312.
- 22.- Med Line Enero a Octubre de 1993. Revisión bibliográfica. 1994.
- 23.-Avalos-Huizar XA: Detección del síndrome del niño maltratado en el servicio de urgencias de Pediatría. IMSS HGZ 14 1989.
- 24.-Barajas-García LG: Prevalencia y detección de maltrato en el menor en urgencias pediátricas. ISSSTE1996.Tesis para obtener el grado de Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Universidad de Guadalajara, Jalisco. México: 1997.
- 25.-Southall D: Grabaciones ocultas en video. Pediatrics 1997;375.