

Trauma craneal por maltrato infantil: un asesino no sospechado

Alejandro Barrón Balderas

Mireya Robledo Aceves

Juan Carlos Lona Reyes

¿Qué es el trauma craneal por maltrato infantil?

Diarriamente en el mundo, muchas de nuestras niñas y niños son víctimas de alguna forma de maltrato infantil (MI). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al MI como cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años. Se incluye dentro de este a todo tipo de maltrato, ya sea físico, afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia, explotación comercial o de otra índole que vaya en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor, o en su defecto que ponga en peligro la supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder [1].

Las consecuencias que dejan en nuestros niños pueden ser tan variadas que van desde lo físico y lo psicológico hasta la muerte. Como menciona la OMS, existe una gran variedad de formas de MI, pero hay una en particular cuyas lesiones son tan importantes y graves que provoca altas cifras de discapacidades en los niños que la sufren, y lo que más llama la atención es el gran número de muertes que conlleva. A este tipo de maltrato se le conoce como trauma craneal por maltrato infantil (TCPMI) [1, 2].

El TCPMI es una variante del maltrato físico infantil, y se le conocía con el nombre de *“síndrome de niño sacudido”* o *“síndrome de niño zarandeado”* [2]. Se presenta en infantes menores de 2 años de edad y es consecuencia de la aplicación súbita y violenta de movimientos en vaivén del cuerpo del niño [2].

Barriga y Robledo en el año 2020 reportaron en su publicación “Atención del maltrato infantil en el servicio de urgencias”, del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, un promedio de 10 casos de TCPMI al año, con una mortalidad del 35% (uno de cada tres niños fallecen por esta causa) [3].

Se ha reconocido que el agresor generalmente es un adulto masculino (87% de los casos), cuya edad oscila entre los 16 y los 32 años (promedio 25), tratándose del padre biológico en el 65%; no obstante, se sabe que también se puede tratar del padrastro, el novio o la pareja de la madre, y en un porcentaje menor los cuidadores de guardería o incluso las niñeras [2].

Es muy común que cuando sucede esto, el maltratador y el bebé se encuentren solos; por lo tanto, en muchos de los casos no se cuenta con un testimonio franco de la agresión, lo que hace muy difícil sospechar el MI [2].

Existen algunos factores de riesgo presentes con este fenómeno:

| GENERALES | INDIVIDUALES | BEBÉ |
|---|--|--|
| Padre o cuidador joven, sin compromiso de pareja (solteros, en unión libre o separados) | Pobre control del estrés o a la frustración | Llanto inconsolable y estridente |
| Cuidador solo a cargo del bebé | Consumo de alcohol o drogas | Cólicos |
| Niveles bajos de educación (no se encuentran exentos aquellos con estudios de licenciatura o posgrado) | Estados de depresión, ansiedad o enfermedades psiquiátricas | Bebé que no es hijo del cuidador |
| Situaciones familiares inestables o de estrés constante que alteran la dinámica familiar (estrés económico y disfunción familiar) | Dificultades en el entendimiento del lenguaje del bebé (hambre, sueño) | Afecciones propias del bebé que impliquen cuidados especiales (prematurez, parálisis cerebral, etc.) |
| Historial de violencia doméstica | Dificultades para los cuidados y alimentación (no saber qué dar de comer, cómo preparar el alimento o cuándo debe acostarlo) | Inmadurez de órganos y sistemas (prematurez) |
| Falta de un círculo de apoyo familiar | Antecedentes de MI tanto a su persona como a otros infantes | |
| Ignorancia del desarrollo infantil | Problemas laborales o antecedentes penales | |
| | Falsas creencias: los perpetradores a menudo piensan que sacudir al bebé, será una forma eficaz de detener el llanto | |

¿Por qué es tan grave el problema?

El detonador de este fenómeno generalmente es el llanto intenso e incesante del bebé. Este llanto puede alcanzar los 110 decibeles, lo que significa un sonido por arriba del ruido de una alarma contra incendios (95 dB), y casi tan ruidoso como el de una sirena de ambulancia (112 dB); esto aunado a un cuidador enojado, frustrado o bajo los efectos de alguna droga facilitará la pérdida de autocontrol y terminará sacudiendo al bebé.

Los bebés a menor edad tienen menor maduración y menor desarrollo de sus tejidos corporales; por lo tanto, cuando el agresor sostiene con ambas manos el tronco del bebé y aplica una fuerza de aceleración y desaceleración (adelante y atrás o en su defecto de lado), la cabeza va y viene como péndulo (ver figura 1).

La masa de la cabeza puede llegar a ser hasta 30% del peso total del bebé, facilitando así que, con los movimientos de sacudida, la cabeza se convierta en un peso difícil de controlar, lo que permite entonces una fuerza



de aceleración y desaceleración similar a arrancar un vehículo de 0 a 100 km/h y de nuevo a 0 km/h en 0.3 segundos; este ciclo se da en repetidas ocasiones durante un promedio de 5-30 segundos (ver figura 2).

Además, hay una pobre resistencia de los músculos del cuello, que permite que se presenten lesiones en el tejido cerebral y otros órganos; el cerebro oscila golpeando contra las partes óseas, lesionando así el tejido e incluso rompiendo los vasos sanguíneos, y en consecuencia provoca hemorragias subaracnoideas o hematomas subdurales.

Este mismo fenómeno sucede a nivel ocular, presentándose hemorragias retinianas o lesiones del nervio óptico, que pueden dejar secuelas permanentes. Más aún, la médula ósea cervical también se verá afectada, como si se tratara del fenómeno de “latigazo” en el cuello cuando existe un accidente automovilístico; sin embargo, este fenómeno de latigazo se repetirá muchas veces en muy poco tiempo.

La fuerza con la que el agresor sujeta el cuerpo del bebé puede ocasionar fracturas de partes óseas, como es el caso de las costillas, las clavículas o incluso los huesos largos de los brazos. Por lo tanto, se puede conformar una triada diagnóstica constituida por:

- ▶ Lesiones cerebrales (100% de los casos)
- ▶ Lesiones oculares (50-80% de los casos)
- ▶ Fracturas (50% de los casos)

Sin embargo, no se debe excluir la posibilidad de esta forma de maltrato en aquellos bebés que solamente presentan lesiones cerebrales. Como ya se ha mencionado, el cuadro clínico puede ser muy variable e inespecífico, y lo común es que lleguen estos casos a los servicios de urgencias tratándose de un bebé que se conoce sano y que de “súbito” lo descubren sus familiares en su cuna vomitando, hipoactivo, convulsionando, en apnea o en parada cardiorrespiratoria.

Todas estas lesiones, al ser tan variadas, pueden dar manifestaciones inespecíficas, que, al no tener un antecedente franco de un traumatismo, puede favorecer que el personal de salud realice un diagnóstico inadecuado [4, 5].

Desafortunadamente, uno de cada tres niños puede morir y los que sobreviven quedan con secuelas tan importantes y graves que condicionan el adecuado crecimiento y desarrollo.

A continuación, se enlistan las secuelas más comunes identificadas en los niños que sobreviven:

- ▶ Discapacidades cognitivas y del aprendizaje
- ▶ Discapacidades en el habla
- ▶ Discapacidades físicas
- ▶ Trastornos de la conducta
- ▶ Pérdida de la audición (parcial o total)
- ▶ Pérdida de la visión (parcial o total)
- ▶ Hidrocefalia
- ▶ Convulsiones
- ▶ Parálisis cerebral infantil [2]

Recomendaciones

Es necesario considerar la siguiente serie de consejos, que pueden ser útiles cuando una persona se encuentra a cargo de un bebé y cuyo llanto es estridente e inconsolable:

- ▶ Revise el horario de alimentación y comida.
- ▶ Envuélvalo en una sábana caliente.
- ▶ Dele un baño tibio.
- ▶ Póngaselo encima de su estómago, boca abajo, cara de lado y frote su espalda con las manos.
- ▶ Encienda algo que haga ruido y que lo distraiga (la radio, una licuadora o incluso la aspiradora).
- ▶ Dele algo nuevo para observar y agarrar (las llaves de la casa tintineándolas).
- ▶ Llévelo de paseo, ya sea caminando o en automóvil (el ruido del motor arrulla a los bebés).
- ▶ Si ya realizó todo lo anterior, habrá que plantearse la revisión del bebé por parte de un pediatra.

Recuerde que estos tips pueden no funcionar, así que no dude en pedir ayuda a alguien. Si siente que está por perder la calma y el control, lo mejor será dejar al bebé en su cuna, alejarse y pedir que alguien más se haga cargo de este.

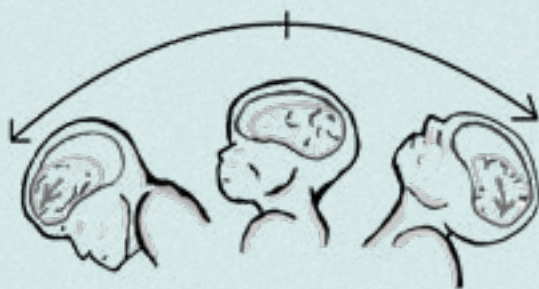
Conclusiones

Las consecuencias generadas por sacudir a un menor, sobre todo por debajo de los 2 años de edad, son tan graves que pueden poner en riesgo inmediato la vida o dejar secuelas tan importantes que marcaran de por vida el desarrollo de este. Es por ello que ¡nunca sacuda a un bebé!



Figura 1. El agresor toma al bebé por el tronco. La fuerza y la velocidad en vaivén (la cabeza se comporta como un péndulo sin control) son las causantes de los sangrados en el cerebro y sistema óptico; la presión aplicada al tronco y brazos es tal que puede ocasionar fracturas de los huesos, tanto del tórax como de los brazos.

30 cm de recorrido



2-3 oscilaciones por segundo

Figura 2. La cabeza del bebé oscila a lo largo de 30 cm (como péndulo), a una velocidad de 2-3 revoluciones por segundo con una duración 5 a 30 segundos, lo que facilita el impacto del tejido cerebral con las estructuras óseas de la bóveda craneana y la ruptura de los vasos sanguíneos.

Referencias

1. Butchart A. World Health Organization, International Society for The Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization;2006.
2. Barriga Marín JA, Barrón-Balderas A. Síndrome de niño zarandeado. *Revista DIF, editor. Estudios sobre las familias.* 2004 jan.;3:5-14.
3. Barriga-Marín JA, Robledo-Aceves M. Atención del maltrato infantil en el servicio de urgencias. *Salud Pública de México.* 2020 jun. 16;62(4, jul-ago):453.
4. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. *Biomedical Journal.* 2020 apr.;43(3).
5. Duhaime AC, Christian CW. Abusive head trauma: evidence, obfuscation, and informed management. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics.* 2019 nov.;24(5):481-8.

Alejandro Barrón Balderas médico pediatra, posgrado en neumología pediátrica, subespecialista en gastroenterología y nutrición pediátrica. Profesor de la Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Médico pediatra del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", Guadalajara.

Mireya Robledo Aceves doctor en ciencias en investigación clínica. Médico pediatra del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", Guadalajara.

Juan Carlos Lona Reyes doctor en ciencias en investigación clínica. Profesor de la Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Tonalá. Médico infectólogo pediatra del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", Guadalajara.

Contacto: dr.alex.barron@gmail.com