



Síndrome del niño sacudido. Forma extrema del abuso físico infantil

Dr. Arturo Loredó-Abdalá,* Dr. Jorge Trejo-Hernández,** LEO Isabel Melquíades-Parra**

A pesar de que han transcurrido más de cuatro décadas de su descripción original, el síndrome del niño sacudido (SNs) forma severa de abuso físico (AF) en los niños, es poco conocida y por ende, poco diagnosticada en México.^{1,2}

En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) destaca la publicación de seis casos³ y en otro estudio de 252 caso de AF se precisa que el 10% correspondió al SNs.⁴ Actualmente, en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM) se ha incrementado la experiencia con 10 casos nuevos en los últimos dos años y medio.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

El sacudimiento de la cabeza, único o repetido, en un niño habitualmente menor de dos años, es el mecanismo causal. Ello genera la ruptura de vasos sanguíneos que habitualmente ocasionan hemorragia cerebral, (hematoma subdural) hipoxia e isquemia. Así mismo, en el 60-65% de los casos, ocurre una hemorragia retiniana y en casos extremos, hasta desprendimiento de la misma. La fuerza del agresor puede inclusive ocasionar fracturas costales diversas.

* Coordinador CAINM
** Adscritos CAINM

Correspondencia: Dr. Arturo Loredó-Abdalá. Coordinador de Clínica del Niño maltratado, Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.
Recibido: octubre, 2010. Aceptado: abril, 2011.

Este artículo debe citarse como: Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Melquíades-Parra I. Síndrome del niño sacudido. Forma extrema del abuso físico infantil. Acta Pediatr Mex 2011;32(3):177-179.

Los factores desencadenantes son los periodos de llanto inconsolable o episodios impredecibles en el niño, irritabilidad y rechazo al alimento; lo que genera frustración o angustia en el cuidador.⁴

CUADRO CLÍNICO

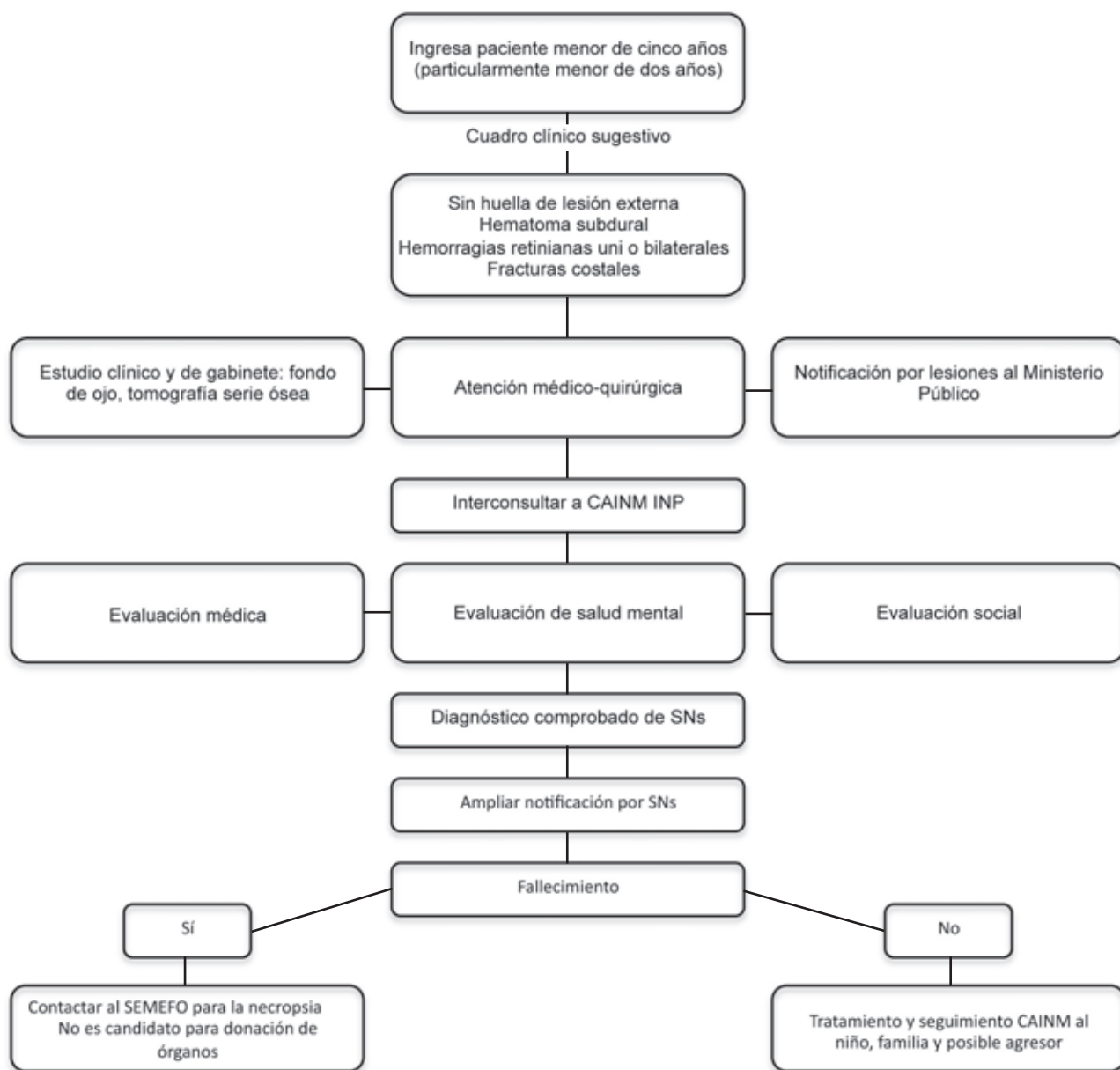
Las manifestaciones clínicas tempranas son datos de hipertensión intracraneal, cuyo desarrollo es menos manifiesto mientras mas pequeño es el niño ya que la fontanela abierta permite tolerar mejor la expansión brusca y creciente del contenido intracraneal. Por esta razón, el llanto constante y la irritabilidad del pequeño son las manifestaciones iniciales por aumento de la presión intracraneal; sin embargo, es posible que en algunos casos sea motivo para una nueva agresión al menor. Más tarde y probablemente en horas, el niño vomita, está somnoliento y manifiesta cambios en el estado de alerta o se queda dormido. Finalmente, el estado neurológico del niño se torna muy grave: presenta crisis convulsivas, tiene un paro cardiorrespiratorio o fallece. Ante esta situación, los padres acuden a un servicio de urgencias, solicitando atención médica.

ACCIÓN PROFESIONAL

Estos casos son un buen ejemplo para realizar una intervención interdisciplinaria e interinstitucional: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y el personal del área jurídica de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM) y del Servicio Médico Forense (SEMEFO) pueden realizar un diagnóstico y llevar a cabo un seguimiento integral de cada paciente.

Intervención médico-pediátrica de urgencia

- Los médicos y las enfermeras de un Servicio Urgencias enfrentan una situación que pone en peligro



Algoritmo de atención integral al niño sacudido.

la vida: atención del paro cardiorrespiratorio y de la crisis convulsiva.

- b. Se debe efectuar una exploración oftalmológica que permita precisar la respuesta pupilar y descartar hemorragia a ese nivel. Estos hallazgos deben ser corroborados por el oftalmólogo.
- c. Se debe solicitar tomografía craneal para determinar si hay una hemorragia intracraneal (hematoma

subdural) o una fractura de la bóveda craneal. Se ordena asimismo una Rx PA de tórax para visualizar fracturas costales.

- d. Notificar a la autoridad correspondiente el caso en particular.
- e. Solicitar interconsulta a CAINM-INP-UNAM
- f. El grupo médico buscará, mediante el interrogatorio dirigido, los factores desencadenantes (llanto in-

consolable) y precisará las manifestaciones clínicas iniciales de hipertensión intracraneal.

- La trabajadora social realizará la historia clínica social y la visita domiciliaria.
 - El profesional de salud mental evaluará el aspecto emocional de los cuidadores.
- g. En todos los casos se debe hacer un diagnóstico diferencial: accidentes, alteración metabólica, “usos y costumbres”.
- h. Si se identifica un hematoma subdural, una hemorragia retiniana, fracturas costales o todas estas alteraciones, se puede establecer el diagnóstico de AF variedad SNs y se debe notificar a la autoridad correspondiente.
- g. Algoritmo.
- h. Siempre que sea posible, se debe implementar una estrategia preventiva. En la población general se

debe hacer énfasis sobre el manejo de lactantes con llanto inconsolable; insistir en los peligros que tiene sacudir a un menor por costumbre o alegría del cuidador y de éste, cuando tiene poca tolerancia al estrés.

REFERENCIAS

1. Caffey J. The whiplash–shaken infant syndrome. *Pediatrics* 1974;54:396-403.
2. Perea A, Loredó A, Guicho E. El niño sacudido/impactado: una modalidad de maltrato físico severo. En: Loredó A. *Maltrato en Niños y Adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004. p. 143-9.
3. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 2007;369:1891-9.
4. Barr DG, Barr M, Fujiwara T et al. Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *Canadian Med Assoc J* 2009;180:727-33.