

Resumen de Ponencias

Mesa redonda de Neonatología

Maltrato perinatal.

Indicadores de riesgo

Resúmenes de las ponencias y comunicaciones de la CVII Reunión científica de la SPAOYEX celebrada en Cáceres 8 y 9 de marzo de 2019.

.....
 María Solo de Zaldívar Tristancho, María Jesús García García, Rebeca Martín Fernández.
 Hospital Universitario San Pedro de Alcántara. Cáceres. Cáceres.

Recibido: 28/02/2019 Aceptado: 04/03/2019

Solo de Zaldívar Tristancho M, García García MJ, Martín Fernández R. Maltrato perinatal. Indicadores de riesgo. Vox Paediatr 2019; 26:91-96

Resumen: Se considera maltrato perinatal cualquier circunstancia de la vida de la madre o personas del entorno familiar, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influya negativa y patológicamente en el embarazo y repercute en el feto o recién nacido. El embarazo y el período puerperal brindan una oportunidad importante a los profesionales sanitarios para la detección de indicadores de riesgo de maltrato perinatal.

Presentamos el caso de un lactante que ingresa en estado grave cuya historia clínica y antecedentes revelaban varios indicadores de riesgo perinatal. Es necesario conocer estos indicadores de riesgo con el fin de detectarlos precozmente. Tras la detección y notificación, es fundamental la comunicación y coordinación multidisciplinar para conseguir garantizar la protección del feto o recién nacido.

Palabras clave: Maltrato prenatal, maltrato fetal, indicadores de riesgo, tóxicos y embarazo.

Abstract Perinatal abuse is considered to be any circumstance in the life of the mother or family members, always with voluntariness or negligence, that negatively and pathologically influences the pregnancy, and affects the fetus or newborn. Pregnancy and puerperal period provide an important opportunity for health professionals to detect risk indicators of perinatal abuse.

We present a clinical case of an infant who is admitted in a serious condition whose clinical history and family background revealed several indicators of perinatal risk.

Health professionals should know these risk indicators with the purpose of early detection. After identification, communication and multidisciplinary coordination are essential to ensure the protection of the fetus or newborn.

Key words: Prenatal abuse, fetal abuse, risk factors, toxics, pregnancy

Introducción

El maltrato perinatal es aquel acto intencionado o negligente que causa un efecto nocivo al feto o recién nacido¹. En otros términos, se ha definido como la falta de cuidado del propio cuerpo, malos hábitos y/o comportamientos tóxicos por parte de la propia gestante durante el embarazo, de forma consciente o inconsciente, que comprometen la salud del feto y tienen consecuencias perjudiciales posteriores para el recién nacido. También puede darse maltrato prenatal de forma indirecta al referirse a situaciones de maltrato a la mujer embarazada².

El marco normativo competencial y jurídico general para la protección a la infancia en España está sustentado básica y fundamentalmente en el Texto Constitucional y las normas contenidas en el Código Civil. La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, pretende constituir un amplio marco jurídico de protección que vincule a todos los Poderes Públicos, a las Instituciones específicamente relacionadas con la infancia, a los padres y familiares y a todos los ciudadanos en general. Además, recoge las actuaciones específicas en situaciones de desprotección social del menor desde su detección y notificación, a la atención inmediata y a la investigación de situaciones de riesgo o desamparo³.

Esta Ley en su Artículo 17 expone que *“se entenderá por situación de riesgo prenatal la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido. Los servicios de salud deben notificar esta situación a la administración pública competente, así como al Ministerio Fiscal”*.

Desde el año 2007, la Junta de Extremadura, a través de la Dirección competente en materia de menores, ha implementado el “Programa por el

Buen Trato Infantil”⁴. Además de la Guía por el Buen Trato a la Infancia, y los protocolos y hojas de notificación, este Programa tiene entre sus vértices el Registro Unificado de Maltrato Infantil (R.U.M.I) como elemento aglutinador y centralizador, base central de datos, donde se recoge y fluye toda la información vertida desde los diferentes ámbitos profesionales en contacto con la infancia.

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública. No se conocen cifras exactas en nuestro país, pero se intuye que solamente se detecta un pequeño porcentaje de casos.

La información existente sobre el maltrato perinatal es aún más limitada, a pesar de estar legislado, el valor del feto previamente no estaba tan contemplado y ha cobrado importancia en los últimos años. Como sucede en otros tipos de maltrato, las consecuencias pueden ser muy graves y es un factor de riesgo de maltrato infantil posterior⁵.

Según cifras del RUMI de la Junta de Extremadura, en el año 2017 y anteriores el mayor número de notificaciones de riesgo de maltrato se produce desde los Servicios Sociales, suponiendo las notificaciones desde el ámbito sanitario menos del 2% del total. No obstante, este dato, al igual que en otras comunidades autónomas, debe ser analizado pues la mayoría de las detecciones son realizadas por lo profesionales de la salud que lo ponen en manos de los Servicios Sociales⁶. Aunque no es el ámbito sanitario el único implicado, si es uno de los más importantes, porque nuestra actuación no se debe limitar al diagnóstico y tratamiento de las lesiones, a la crisis, sino que tenemos un imprescindible papel preventivo. Este papel exige conocimientos clínicos, jurídicos, sociales y de gestión emocional.

Prevenir el maltrato infantil mediante la detección y actuación ante situaciones de riesgo en la embarazada y el recién nacido no siempre es fácil, pero debemos tener en cuenta que en este período el porcentaje de notificaciones graves

es mucho mayor. Es importante conocer los llamados “indicadores de riesgo” para ayudar a los profesionales a valorar una realidad que, salvo en el caso de lesiones, sólo se intuye. El embarazo y el puerperio ofrecen un momento enormemente valioso para su identificación precoz.

El bienestar del niño va a estar directamente relacionado con el de la madre. Diversas investigaciones constatan que el estado psicológico de la madre influye en el feto, tanto a nivel neurocomportamental como en las alteraciones en el desarrollo que se manifiestan en el periodo postnatal y afectan significativamente la relación madre bebé^{7,8}. Por tanto, cabe proponer que las prácticas de atención temprana se extiendan al periodo prenatal como estrategia de prevención, repercutiendo favorablemente en la salud materno-infantil⁹.

Se consideran indicadores de riesgo prenatal la falta de control médico del embarazo, el consumo materno/paterno de drogas o psicofármacos sin prescripción, el rechazo del embarazo o la indiferencia emocional ante el mismo, tener hijos previos tutelados, la presencia de enfermedad mental, la negligencia en el cuidado del propio cuerpo en términos de salud, el embarazo adolescente, la intención inicial de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y la ausencia de apoyos funcionales entre otros. En el recién nacido la prematuridad o bajo peso, la presencia de malformaciones o de síndrome de abstinencia nos deben hacer investigar otros indicadores de maltrato. A nivel postnatal el estrés materno, madres que ignoran las demandas del niño para ser alimentado, no saber qué nombre ponerle al recién nacido o la reacción negativa del padre son también algunos indicadores de riesgo a tener en cuenta (Tabla 1)¹⁰.

A través del siguiente caso clínico pretendemos recordar los principales indicadores de riesgo de maltrato perinatal, los recursos para su notificación y la responsabilidad que tenemos los profesionales ante su detección. Así mismo, es fundamental mejorar la coordinación y comunicación multidisciplinar para conducir la situa-

ción o poner en marcha el circuito establecido para proteger al feto o recién nacido.

Caso clínico

Lactante de 50 días que ingresa procedente de urgencias por desnutrición y deshidratación extrema. La madre refiere rechazo parcial de las tomas en la última semana y deposiciones líquidas frecuentes. Alimentación durante la primera semana con leche materna. Posteriormente lactancia artificial con varios cambios de marca. La madre aparentemente conoce la forma de preparación de los biberones.

Al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales: Peso 2100 gramos (-27% con respecto al peso al nacimiento), temperatura axilar 36,3°C, frecuencia cardiaca 151 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 44 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 100%, tensión arterial 73/43 mmHg. Aspecto de muerte inminente con deshidratación y desnutrición extrema. Ausencia de panículo adiposo, signo del pliegue positivo, ojos hundidos, labios secos y retraídos con lesión erosiva en piel bajo el labio inferior. Suturas craneales cabalgadas. ACP: murmullo vesicular conservado, tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. Abdomen excavado. Genitales masculinos con falta de turgencia absoluta en piel escrotal. Lesiones erosivas en raíz de miembros. Desde el punto vista neurológico quejumbroso, hipoactivo, reacción breve a estímulos táctiles, llanto débil, succión mal coordinada e ineficaz, hipertonia de miembros con actitud en flexión de brazos y extensión de piernas, puños cerrados y pulgares incluidos, pupilas isocóricas y reactivas a la luz.

Gasometría capilar: pH 7,12, pCO₂ 37 mmHg, pO₂ 35 mmHg, bicarbonato 12 mmol/L, exceso de bases -17, láctico 6,3 mmol/L.

Bioquímica: urea 59 mg/dL, creatinina 1,23 mg/dL, sodio 163 mmol/L, glucosa 61 mg/dL, potasio 5,51 mmol/L, cloro 125 mmol/L, calcio 9,7 mg/dL, magnesio 3,1 mg/dL. PCR 132 mg/dL.

Hemograma: hemoglobina 10,3 gr/dL, hematocrito 31%, 47900 leucocitos/mm³ (neutrófilos

Tabla 1. Factores de riesgo recogidos en las Hojas de Notificación de riesgo y Maltrato Infantil en la Embarazada y en el Recién Nacido. Observatorio de la Infancia. Consejería de Salud y Política Social. Gobierno de Extremadura¹⁰.

Indicadores de riesgo prenatal
Intención inicial de IVE
Planteamiento de ceder al niño en adopción
1ª visita médica de control del embarazo con más de 20 semanas de gestación
Menos de 5 consultas médicas en el embarazo
Distancia entre embarazos menor de 18 meses
Embarazo adolescente
Hijo no deseado
Crisis familiares múltiples
Ausencia de apoyos funcionales
Consumo de alcohol y/o drogas (madre/padre)
Problemas psicológicos, de personalidad
Sintomatología psiquiátrica
Indicadores de riesgo en el recién nacido
Malformaciones, defectos congénitos
Síndrome de abstinencia en el recién nacido
Niño prematuro, bajo peso
Enfermedades neurológicas
Retraso mental
Trastornos del ritmo del sueño
Imposibilidad de lactancia
Otros (especificar)
Indicadores de riesgo postnatal
Madre no está alegre con el niño
Decepción por el sexo
Llantos del niño no controlados por la madre
Expectativas de la madre muy por encima de las posibilidades del niño
Madre ignora demandas del niño para ser alimentado
Madre siente repulsión hacia las deposiciones
Falta de ilusión por ponerle nombre
Reacción negativa del padre hacia el niño
Estrés intenso
Separación de más de 24 horas después del nacimiento/período neonatal precoz
Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo.

56%, linfocitos 26%), plaquetas 338000/mm³. El control tras 48 horas de rehidratación mostraba una hemoglobina de 7,2 gr/dL. Coagulación en varias muestras: no coagula.

Precisa transfusión de concentrado de hemáties, plasma fresco y varias dosis de vitamina K. Pauta de rehidratación lenta para deshidratación hipernatrémica. Aportes de bicarbonato en

perfusión durante las primeras 24 horas. Diuresis forzada con furosemida durante los primeros 3 días. Nutrición enteral por sonda nasogástrica con fórmula elemental en débito continuo. Corrección progresiva de la acidosis, la hipernatremia y descenso de creatinina. Mejoría clínica evidente. Inicia fijación de la mirada al segundo día de ingreso y disminuye la hipertonía aunque

mantiene hipocinesia con importante restricción de la movilidad articular.

Al tercer día de ingreso presenta empeoramiento neurológico con hipertonía generalizada, postura de opistótonos, movimientos linguales y clonías de miembros acompañados de desaturación. Electroencefalograma: estatus electroclínico de inicio en hemisferio izquierdo y posteriormente generalizado. Cese con 2 dosis de midazolam y levetiracetam intravenosos.

Se realiza RMN cerebral urgente con secuencias potenciadas en T1 y T2, difusión y secuencia TOF para valoración de senos venosos. Hallazgo de ausencia de relleno de seno recto, seno transversal y sigmoideo derechos. Alteración de la sustancia blanca periventricular frontoparietal bilateral con restricción de la difusión mediante mapa ADC.

Con el diagnóstico de trombosis de senos venosos cerebrales inicia de tratamiento anticoagulante con heparina no fraccionada intravenosa monitorizada con el tiempo de tromboplastina parcial activado. A partir del tercer día se cambia el tratamiento a heparina subcutánea de bajo peso molecular con monitorización de la actividad anti-factor X activado. Se mantiene el tratamiento durante los siguientes 3 meses con evolución clínica y radiológica favorable. El estudio de trombofilia fue negativo.

En el momento del ingreso se realiza parte judicial y notificación a los Servicios Sociales. El paciente y sus hermanos pasan a estar bajo tutela de la Junta de Extremadura.

En el momento actual el paciente descrito mantiene seguimiento multidisciplinar presentando un estado nutricional adecuado con retraso en el neurodesarrollo.

En la historia clínica del paciente entre los antecedentes familiares y personales se encuentran numerosos indicadores de riesgo de maltrato perinatal:

Madre de 32 años fumadora. 1 IVE y 4 hijos previos de padres diferentes: varón de 10 años, gemelas de 4 años, varón de 1 año y el pacien-

te actual. El padre de los dos últimos tiene 25 años, es adicto a drogas y está ingresado en un centro penitenciario.

En el tercer embarazo la madre solicita información para IVE y es derivada a Centro de Orientación y Planificación Familiar.

Gestación actual no controlada hasta tercer trimestre. Parto domiciliario. Durante la estancia en maternidad las 48 horas postparto el paciente recibe alimentación con leche materna y la madre muestra actitud adecuada con el recién nacido. A pesar de ello reciben valoración por la Unidad de Trabajo Social. No se objetivan otros factores de riesgo.

Tras el alta, desde el Servicio de Otorrinolaringología llama por teléfono en varias ocasiones a la familia para la realización del *screening* auditivo sin obtener respuesta ni acudir a las citas. No acude a su pediatra desde el alta de maternidad pero sí constan controles médicos de los otros hijos. En el momento del ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos la madre indica que el paciente tiene un nombre diferente al asignado al nacimiento.

Conclusiones

El maltrato perinatal puede tener consecuencias graves y es precursor del maltrato infantil. Es importante conocer los indicadores de riesgo para poder identificarlos y facilitar la detección de casos potencialmente graves de maltrato infantil.

La identificación de estos indicadores se puede realizar a partir de datos derivados de la historia clínica y socio-familiar, del examen físico o, en su caso, de pruebas complementarias y, también, de la observación de la conducta del niño, la actitud y/o competencia de sus padres o cuidadores, o de la información obtenida por otros profesionales.

El embarazo y puerperio, por el mayor contacto de la gestante con el personal sanitario, brindan la oportunidad de detectar indicadores precoces.

La cumplimentación de las hojas de notificación debe realizarse por cualquier profesional (matrona, enfermera, obstetra, neonatólogo...) que intervenga en la atención de la mujer embarazada y el recién nacido. Cualquier caso que requiera ayuda, debe ser notificado para seguimiento y atención por parte de los Servicios Sociales.

El hecho de que las notificaciones graves sean más prevalentes en el periodo prenatal y del recién nacido, pone de manifiesto la importancia de la identificación precoz de las situaciones de riesgo, no sólo a nivel de obstetras y neonatólogos, sino también a nivel de los equipos de trabajo social y de atención primaria.

La coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales en estos casos es clave e imprescindible para la detección, diagnóstico y prevención del maltrato. Los distintos profesionales entrelazados debemos servir de "filtros" que eviten que niños con indicadores de maltrato pasen desapercibidos y pierdan sus oportunidades.

Bibliografía

- 1.- Manzano C, Figueras R, Patris E, García-Algar Ó. Maltrato prenatal. *An Pediatr (Barc)* 2016; 84 (4): 242.
- 2.- BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2010-10213 [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-10213&p=20100602&tn=1>
- 3.- BOE.es - Documento consolidado BOE-A-1996-1069 [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
- 4.- Team M. Guía Básica de Maltrato Infantil en el Ámbito Sanitario .- Fuentes Documentales .- Bienestar y protección Infantil [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=7&subs=70&cod=769>
- 5.- Gancedo Baranda A. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Maja-dahonda (Madrid): Ergón; 2015.
- 6.- Garcia Garcia J, Campistol Mas E, López Vilches MA, Morcillo Buscato MJ, Mur Sierra A. Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. *An Pediatr (Barc)* 2018; 88(3):150-9.
- 7.- Viteri O, Soto E, Bahado-Singh R, Christensen C, Chauhan S, Sibai B. Fetal Anomalies and Long-Term Effects Associated with Substance Abuse in Pregnancy: A Literature Review. *Am J Perinatol* 2015; 32(05):405-16.
- 8.- Behnke M, Smith VC, COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. *Pediatrics*. 2013;131(3):e1009-24.
- 9.- Roncallo CP, Sánchez de Miguel M, Arranz E. Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. *Escritos de Psicología/ Escritos psicológicos*. 2014; 8(2) :14-23.
- 10.- Juntaex - Dirección General de Política Social y Familia - Protección a la Infancia [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.juntaex.es/ddgg005/22>