

El maltractament com a causa de mort infantil

Anna Fàbregas Martori

Equip EMMA, Unitat d'atenció a les violències vers la infància i l'adolescència. Secció d'Endocrinologia Pediàtrica i Pediatria Social, Servei de Pediatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

Introducció

Quan pensem en les mesures de formació en el bon tracte cap als infants que fem des de diferents vessants de la pediatria i altres entitats, ens sembla que no pugui ser que un nen o una nena pugui arribar a la mort per un maltractament. Malauradament, aquestes morts existeixen, i això fa que les mesures de prevenció siguin cabdals.

Primer de tot, hem de conèixer la definició de violència vers la infància i l'adolescència. L'OMS la defineix com els abusos i la desatenció de què són objectes els nens, les nenes i els adolescents (NNA) de menys de 18 anys, i que inclou tots els tipus de maltractament físic o psicològic, violència sexual, desatenció, negligència i explotació que causen o puguin causar un mal a la salut, el desenvolupament o la dignitat del NNA, o posar en perill la seva supervivència, en el context d'una relació de responsabilitat, confiança o poder.

La violència vers l'infant o l'adolescent és un problema greu de salut pública, una violació dels drets humans, amb conseqüències importants per a la salut a curt i llarg termini¹, tant en la salut física i psicològica com en les repercussions socials.

Primera causa de mort per maltractament infantil

El traumatisme cranial abusiu (AHT, de les sigles en anglès *abusive head trauma*) és la primera causa de mort per maltractament infantil². L'impacte que té sacsejar un nadó o donar-li un cop amb violència fa que el cap del nadó pateixi moviments d'acceleració i desacceleració ràpids que a causa de la mida gran que té i d'una musculatura del coll feble faciliten que es puguin produir lesions intracranials o un traumatisme cranial. Com a conseqüència, les lesions més freqüents

són hemorràgia cerebral (hematomes subdurals) i retiniana, i fractures òssies (sobretot costals). Els símptomes més freqüents són irritabilitat, vòmits, rebuig de l'aliment, augment del perímetre cranial, apnees o convulsions. S'estima una taxa de letalitat del 25% (Center of Disease and Control, 2007). Aquestes morts són més freqüents quan tenen lloc en els dos primers mesos de vida, i sobretot en prematurs. Dels infants supervivents, aproximadament entre el 65% i el 80% presenten seqüeles neurològiques, com ara deteriorament motor, cognitiu o epilèpsia².

Aquesta tipologia de violència es dona més sovint entre els 2 i els 3 mesos d'edat, i s'han detectat pics d'incidència en els més petits de 6 mesos. El desencadenant principal és el **plor continuat inconsolable** del nadó, juntament amb altres indicadors de risc com les expectatives no realistes sobre el desenvolupament del nadó, l'estrès, les situacions familiars de vulnerabilitat, la violència masculista, l'ús d'alcohol o altres substàncies, el fet d'haver estat víctima de violència en la infància, els progenitors joves o famílies monoparentals sense suport d'una xarxa social, així com el fet d'haver estat derivat prèviament als serveis de protecció de la infància³. Atrament, cal destacar que els homes exerceixen habitualment més aquest tipus de violència que les dones.

Que els professionals, sobretot de pediatria, en facin una identificació precoç pot arribar a salvar vides. Segons un estudi, el 31,2% de 173 casos amb AHT havien estat visitats prèviament per professionals de la salut i el diagnòstic no es va reconèixer⁴. Per aquest motiu, diferents articles destaquen la importància de detectar les **lesions sentinella** com a predictors d'un possible traumatisme no accidental (Fig. 1)⁵.

Els primers mesos de criança poden ser durs, perquè si un nadó plora molt o està intranquil és possible que

Aquest treball recull un dels temes presentats en la XII Jornada Multidisciplinària de la Societat Catalana de Pediatria que sota el títol "La mort en l'edat pediàtrica" va tenir lloc a a Barcelona a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears el 26-11-2022. L'autora coordina l'Equip Funcional d'Expertesa (EFE) de Barcelona ciutat.

Correspondència: Anna Fàbregas Martori
Equip EMMA. Secció d'Endocrinologia Pediàtrica i Pediatria Social
Hospital Infantil Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona
anna.fabregas@vallhebron.cat

Treball rebut: 16.01.2023
Treball acceptat: 29.03.2023

Fàbregas-Martori A.
El maltractament com a causa de mort infantil.
Pediàtr Catalana. 2023;83(2):79-81.

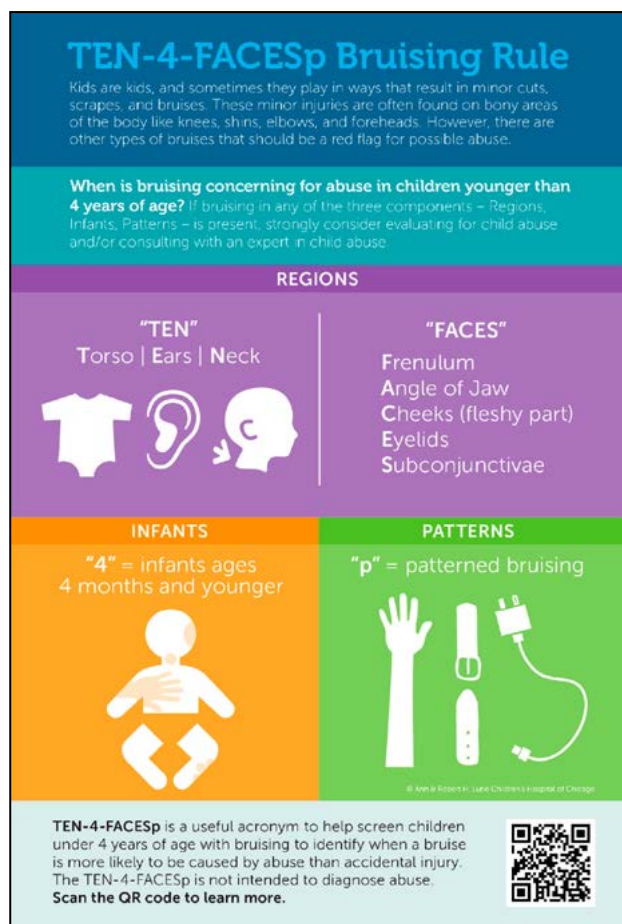


Fig. 1. TEN-4-FACESp (original en anglès per mantenir la coherència entre l'acrònim i el seu significat): pòster que desenvolupa l'acrònim per tenir present les ferides en infants de menys de 4 anys que han d'alertar sobre la possibilitat de maltractament infantil. (La reproducció d'aquesta imatge no requereix autorització expressa, està disponible a <https://faceitabuse.org/ten4rule/> i luriechildrens.org/ten-4-facesp, i pot ser descarregada lliurement.)

els pares, les mares o les persones que en tinguin cura no puguin descansar prou, i les dificultats a l'hora de consolar el nadó els generin frustració. Fins i tot els pares més tranquils i amb més experiència se senten cansats o frustrats durant la criança. És important que com a pediatres ens expliquem bé i ajustem les seves expectatives, sent conscients que aquesta és una etapa normal en el desenvolupament i que hi ha una gran variabilitat entre nadons en el temperament, en el patró de plor i en els nivells d'activitat. Hi ha **programes de prevenció** per tal de gestionar aquests moments difícils, de frustració o cansament, i un seguit d'estratègies que poden ser útils a pares, mares o cuidadors/es, com per exemple seguir una rutina, sostenir el nadó o balancejar-lo a un ritme tranquil (es pot utilitzar un mocador portanadons), fer-li carícies, donar-li de menjar, canviar-li el bolquer, parlar-li o cantar-li amb una veu suau. Si cap d'aquests mètodes funciona, podem deixar el nadó cap amunt en un lloc segur una estona i intentar calmar-nos o fer relleus amb altres persones. És important buscar alternatives al maneig de la ràbia, el cansament o la frustració i, si cal, demanar ajuda⁶.

Altres causes de mort en l'edat pediàtrica significatives i que van en augment són la negligència greu en infants de menys de 4 anys i el suïcidi en adolescents⁷.

Negligència com a causa de mort pediàtrica

La negligència és el tipus de violència més freqüent. Pot ser física o psíquica. En el primer cas, les necessitats físiques bàsiques del nen o nena (alimentació, roba, higiene, protecció i vigilància en les situacions potencialment perilloses, educació i/o cures mèdiques) no són ateses de manera temporal o permanent per cap membre del grup que conviu amb l'infant.

La negligència psíquica o emocional es dona quan existeix una manca de dedicació i atenció a l'infant. Les relacions receptives de l'adult individualment cap a un infant són necessàries perquè tingui un bon desenvolupament cerebral, i quan de manera crònica no es dona aquesta estimulació, l'arquitectura cerebral de l'infant es pot veure alterada, i provocar trastorns del llenguatge, trastorns psicomotors o trastorns de conducta⁸.

Hi ha una línia grisa difícil de diferenciar entre accidents i negligència, entre pèrdua momentània de la supervisió o situació més crònica. Es reconeixen factors de risc psicosocial que es relacionen amb negligències greus (Taula I).

TAULA I

Factors de risc psicosocial relacionats amb negligències greus

- Violència de gènere
- Consum de tòxics
- Seguiment previ per serveis socials
- Antecedents penals
- Mala organització familiar
- Falta de suport familiar (xarxa comunitària)

La negligència causa una tercera part de les morts per maltractament infantil, majoritàriament en infants de menys de 2 anys. És més freqüent en el primer fill o en el fill més petit, i en nens més que en nenes⁹. Les causes de mort més habituals per negligència es recullen a la taula II.

TAULA II

Causas de mort més freqüents per negligència

- **Manca de supervisió**
 - Ofegament: piscina, mar, banyera.
 - Inhalació de fum.
 - Asfíxia.
 - Intoxicació medicamentosa o per productes de la llar.
 - Cremades, electrocució.
- **Deprivació de necessitats bàsiques:** abandonament, no donar menjar, roba inadequada.
- **Negligència mèdica:** atenció mèdica o psicològica no garantida amb efectes deleteris (que acabi, per exemple, en suïcidi).

Suïcidi en adolescents

Actualment, el suïcidi és la primera causa de mort entre els 15 i els 29 anys. Els efectes de la pandèmia en la salut mental dels adolescents ha provocat un augment molt significatiu de les visites als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), i de les urgències de psiquiatria infantojuvenil. A més, segons l'enquesta de salut emocional de l'alumnat feta pels departaments de Salut i Educació el 2022, un de cada quatre menors d'edat s'ha autolesionat alguna vegada.

Quant a la ideació i la conducta suïcida en víctimes de **violència sexual infantil (VSI)**, sabem que les víctimes de VSI tenen entre 2 i 3 vegades més risc de presentar ideació suïcida i entre 2 i 4 vegades més risc d'intent de suïcidi¹⁰. Per aquest motiu, és molt important la formació i la sensibilització dels i les professionals que treballen amb adolescents per detectar possibles violències que poden haver patit o estar patint els i les adolescents. Cal derivar-los a centres especialitzats per dur a terme un tractament multidisciplinari del trauma.

Conclusions

Patir un trauma psicològic durant la infantesa incrementa de manera significativa el risc de desenvolupar un trastorn mental en arribar a l'edat adulta. En concret, fins a tres vegades, segons un recent estudi liderat per investigadors de l'Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques¹¹. Quan un nen o una nena pateixen experiències adverses primerenques (EAP/ACE) importants (pobresa, abús, negligència, violència...) en absència de relacions protectores amb els cuidadors adults, els sistemes de resposta a l'estrès es posen en alerta màxima i quan es produeix una activació freqüent, perllongada i d'alt nivell del sistema hipotalamohipofisiari suprarenal, la resposta es converteix en tòxica (elevats nivells de cortisol). Aquesta resposta tòxica pot provocar canvis estructurals (anatòmics) i funcionals del cervell en desenvolupament¹². L'arquitectura cerebral alterada podria explicar la forta associació entre EAP i els problemes posteriors en el desenvolupament d'habilitats lingüístiques, cognitives i socioemocionals. La depressió, el trastorn d'estrès post-traumàtic i l'ús de substàncies són les patologies de salut mental més relacionades amb les experiències adverses primerenques. Però també s'alteren els sistemes immunològic, cardiovascular i metabòlic: més risc de diabetis, IAM, obesitat..., per tant, una pitjor esperança de vida, amb una mort prematura.

La prevenció de les EAP evitaria malalties i el cost econòmic que se'n deriva, i a més disminueixen les conductes de risc per a la salut (tabac, consum de tòxics...) i els factors negatius socioeconòmics (abandonament prematur dels estudis, atur...).

Per tant, hem d'actuar en els àmbits polític i social per invertir més en prevenció. S'ha de posar l'accent en l'interès superior de l'infant i l'adolescent, i en la indispensable coordinació interdisciplinària i interdepartamental de tots els òrgans involucrats en la protecció dels infants i adolescents. Destinar recursos tan econòmics com humans, necessaris per a l'acompanyament a les famílies en la criança. Difondre i fer formació en parentalitat positiva, prevenció de conductes abusives i sobre el bon tracte als infants.

Bibliografia

1. World Health Organization. Violence against children. Accessible a la xarxa [data de consulta: 1-12-2022]. Disponible a: https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_2
2. Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J, Council on child abuse and neglect. Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*. 2020;145(4):e20200203.
3. Joyce T, Gossman W, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
4. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of Missed Cases of Abusive Head Trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621-6.
5. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Bertocci G, Fingarson AK, Makoroff K, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832.
6. Auxili! No para de plorar: consells per a qui té cura d'un nadó [tríptic]. Barcelona: Departament de Salut, 2020. Accessible a la xarxa [data de consulta: 1-12-2022]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5501>
7. Curtin SC, Heron M, Miniño AM, Warner M. Recent increases in injury mortality among children and adolescents aged 10-19 years in the United States: 1999-2016. *National Vital Statistics Reports*; vol. 67, núm. 4. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2018.
8. National Scientific Council on the Developing Child (2012). The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper No. 12. Accessible a la xarxa [data de consulta: 1-12-2022]. Disponible a: <https://developingchild.harvard.edu/resources/the-science-of-neglect-the-persistent-absence-of-responsive-care-disrupts-the-developing-brain/>
9. Welch GL, Bonner BL. Fatal child neglect: Characteristics, causation, and strategies for prevention. *Child Abuse Negl*. 2013;37(10):745-52.
10. Pérez-González A, Pereda N. Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43(4):149-58.
11. Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Rosa AR, Fortea L, Radua J, et al. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023;273(2):397-410.
12. Neigh GN, Gillespie CF, Nemeroff CB. The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma Violence Abuse*. 2009;10(4):389-410.