



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

“CALIDAD, PERTINENCIA Y CALIDEZ”

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE MÉDICA

TÍTULO:

**IMPACTO SOCIAL Y CLÍNICO EN LA RESOLUCIÓN DE
CASOS DE PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS, ASOCIADO A
POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL**

AUTORA:

ROMIK LETICIA MÉNDEZ BALDEÓN

MACHALA - EL ORO – ECUADOR

2015

Machala, 08 de octubre de 2015

CERTIFICAMOS

Que la señorita Romik Leticia Méndez Baldeón es autora del presente trabajo de titulación "IMPACTO SOCIAL Y CLÍNICO EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS DE PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS, ASOCIADO A POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL" el cual fue revisado y corregido, por lo que se autorizó la impresión, reproducción y presentación a los tribunales correspondientes.



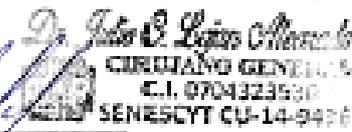
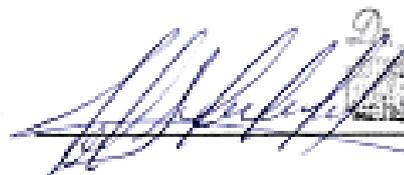
Dra. Sandra Sangurima Valarezo

C.I 0702149204



Dr. Wilmar Serrano Salcedo

C.I. 0100832468



Dr. Julio Loján Alvarado
CIRUJANO GENERAL
C.I. 0704323930
SENESCYT CU-14-9436

Dr. Julio Loján Alvarado

C.I. 0704323930

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **Romik Leticia Méndez Baldeón**, con C.I. **0703343913**, egresada de la carrera de Ciencias Médicas de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud, de la Universidad Técnica de Machala, responsable del siguiente trabajo de titulación.

"IMPACTO SOCIAL Y CLÍNICO EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS DE PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS, ASOCIADO A POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL"

Certifico que los resultados y conclusiones del presente trabajo pertenezcan exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tribunal de sustentación autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mi derecho de Autor a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.



Romik Leticia Méndez Baldeón

C.I. 0703343913

CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Romik Leticia Méndez Baldeón**, autora del siguiente trabajo de titulación:

**"IMPACTO SOCIAL Y CLÍNICO EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS DE
PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS, ASOCIADO A POSIBLE CASO DE
MALTRATO INFANTIL"**

Declaro que la investigación, ideas conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.



Romik Leticia Méndez Baldeón

C.I 0703343913

DEDICATORIA

Dedico cada uno de los esfuerzos realizados en este trabajo a Dios y a mi familia, que fueron mi motor para culminar con éxito este reto, quienes han estado allí desde el principio de mi carrera hasta el final, carrera que concluyo con mucho entusiasmo y regocijo, estoy convencida que el camino apenas comienza, pero será fácil si voy de la mano de ellos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco por la colaboración imprescindible que recibí de las Dras. Postgradistas de Medicina Familiar en el área de Pediatría del Hospital Teófilo Dávila y la colaboración del Dr. Leopoldo Muñoz Abarca y Dra. Sandra Sangurima Valarezo, docentes de la Universidad Técnica de Machala, que sin duda, con cada uno de sus aportes hizo capaz la realización de este trabajo de investigación.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ROMIK MENDEZ BALDEON.docx (D:16154908)
Submitted: 2015-11-12 01:42:00
Submitted By: romik_mendez_91@hotmail.com
Significance: 9 %

Sources included in the report:

<http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-06/fisiopatologia-y-trastornos-de-la-coagulacion-hereditarios-mas-frecuentes/>

Instances where selected sources appear:

12

Resumen

IMPACTO SOCIAL Y CLÍNICO EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS DE PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS, ASOCIADO A POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL

Méndez Baldeón Romik*

*Autora, en opción al grado de Médica General. Universidad Técnica de Machala

Una niña de 2 años es traída al consultorio por la madre preocupada por los hematomas que han aparecido en la cara en las 2 últimas semanas, la niña permanece en una guardería, cuyo director llamó a la madre, manifestó su preocupación por un posible maltrato infantil. La madre niega maltrato. Tiene episodios ocasionales de asma y 10 días antes recibió dos tratamientos con Albuterol, en los cuales se había sostenido una máscara sobre la cara, actualmente no recibe medicación. A la madre se le formaban hematomas fácilmente cuando era niña pero actualmente no tiene tendencia y sus períodos menstruales son normales. La niña presenta un desarrollo adecuado. Los parámetros de crecimiento y los signos vitales son normales tiene varios hematomas en la cara, algunos parecen marcas de dedos. No hay hematomas en cuello ni en otras partes del cuerpo. Se obtiene los siguientes resultados de laboratorio: 5200 Leucocitos/mm, Hb 11.8g/dl; 184.000 Pt/mm; TP 11.6" y TPTa 30,5". El análisis de orina es normal. Metodología: En este estudio se realiza una revisión bibliográfica de los últimos cinco años, respecto de casos de maltrato infantil y enfermedades hemorrágicas en la infancia. Resultados: La niña presentó una alteración hematológica que no puede ser filiada, sin embargo se sugieren estudios complementarios. Recomendaciones: El estudio de los pacientes pediátricos debe ser de forma integral, para facilitar su manejo y evitar complicaciones que pueden suscitarse tanto en maltrato infantil, como en las enfermedades hemorrágicas de la infancia.

Palabras clave: maltrato infantil, hemofilia A, hemofilia B, enfermedad de Von Willebrand, púrpura no trombocitopénica.

Abstract

SOCIAL AND CLINICAL IMPACT ON RESOLUTION OF CASES OF DISEASES hematological ASSOCIATED WITH POSSIBLE CASE OF CHILD ABUSE

*Mendez Baldeón Romik

* Author, an option to the degree of General Medical. Technical University of Machala

A 2 year old girl is brought to the office by the mother worried about the bruises that have appeared on the face in the last 2 weeks, the girl remains in a nursery, whose director called the mother, he expressed concern about possible child abuse. Mother denies mistreatment. It has occasional bouts of asthma and 10 days before Albuterol received two treatments, in which he had sustained a mask over his face, not currently receiving medication. A mother is easily formed bruises when she was young but currently has no trend and her periods are normal. The girl has a proper development. The growth parameters and vital signs are normal has multiple bruises on the face, some seem fingerprints. No bruises on neck or other body parts. The following laboratory results were obtained: 5200 cells / mm, Hb 11.8g / dl; 184,000 Pt / mm; TP 11.6 "and 30.5 aPTT." The urinalysis is normal. Methodology: In this study, a literature review of the last five years, regarding cases of child abuse and hemorrhagic diseases in childhood is made. Results: The girl presented a blood disorder that cannot be indeterminate origin, though further studies are suggested. Recommendations: The study of pediatric patients should be comprehensive, to facilitate handling and avoid complications that may arise both child abuse, and hemorrhagic diseases of childhood.

Key word: child abuse, hemophilia A, hemophilia B, Von Willebrand disease, non-thrombocytopenic purpura.

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes genéticos en nuestro país tienen una prioridad baja de atención, como sucede en la India, donde enfermedades genéticas no poseen subsidio alguno y representa un gasto significativo para la economía de la población afectada. Para patologías como la hemofilia, fibrosis quística, miodistrofia, entre otras, no existen datos epidemiológicos sistemáticos.

Si bien es cierto que el crecimiento poblacional de India es muy alto, con 27 millones de nuevos nacimientos para el 2010, lo que los ubica en el segundo país con mayor población mundial y tasa de natalidad. Hace que las probabilidades de que existan enfermedades genéticas sean mucho más altas, por el número poblacional. Y esto se convierte sin duda en una dificultad para acercarse al estudio de las enfermedades raras desde el punto de vista de la salud pública. (1)

Mientras que en nuestro país, la realidad no es muy diferente, aunque existe menos población, existen también dificultades para la atención pública de estas enfermedades genéticas raras, menos programas de ayuda y soporte que no suple las necesidades de los pacientes afectados. En el caso de la hemofilia, se han registrado un aproximado de 604 pacientes hasta el 2014 según datos del Ministerio de Salud Pública, quienes reciben gratuitamente la medicina necesaria. Pero aún nos queda la duda si esta es la cifra de la totalidad de los pacientes, aún existen muchos sin diagnóstico. (2)

En una consulta pediátrica pueden aparecer síntomas o signos de una coagulopatía, pero se convierte en un desafío el diagnóstico o saberlos reconocer, ya que, puede ser tan simple su manifestación como un proceso de epistaxis o hematomas de aparición fácil, estos pueden ser frecuentes sin la necesidad de un trastorno hemorrágico de fondo, o a su vez, puede ser el único signo presente en un trastorno hemorrágico.

El diagnóstico diferencial de sangrado/hematomas en la etapa infantil, incluye las alteraciones plaquetarias, maltrato infantil y vasculopatías.

ENFERMEDAD HEMORRÁGICA VS MALTRATO INFANTIL. PRESENTACIÓN DE CASO

Una niña de 2 años es traída al consultorio por la madre preocupada por los hematomas que han aparecido en la cara de la niña en las 2 últimas semanas, la niña permanece en una guardería, cuyo director llamó a la madre, manifestó su preocupación por un posible maltrato infantil y le avisó que había llamado a los servicios de protección infantil. La madre niega maltrato.

Antecedentes personales: Tiene episodios ocasionales de asma y 10 días antes recibió dos tratamientos con Albuterol, en los cuales se había sostenido una máscara sobre la cara, actualmente no recibe medicación.

Antecedentes familiares: A la madre se le formaban hematomas fácilmente cuando era niña pero actualmente no tiene tendencia y sus períodos menstruales son normales.

Examen físico: La niña presenta un desarrollo adecuado. Los parámetros de crecimiento y los signos vitales son normales tiene varios hematomas en la cara, algunos parecen marcas de dedos. No hay hematomas en el cuello ni en otras partes del cuerpo. El resto del examen es normal

Exámenes complementarios: Se obtiene los siguientes resultados de laboratorio: 5200 leucocitos/mm, hemoglobina 11.8g/dl;184.000 plaquetas/mm; tiempo de protrombina 11.6" y tiempo de tromboplastina parcial activada 30,5". El análisis de orina es normal.

El síndrome del niño maltratado

Este síndrome es una forma grave del maltrato infantil, que se manifiesta de múltiples maneras, sean estas; maltrato físico, maltrato social, abuso sexual, y abuso emocional o psicológico (3). Según la definición de maltrato que manifiesta Guerrero-Cazares en su artículo, tomado de la OMS refiere al acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecte a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor.

El síndrome del niño maltratado (SNM) lo originan tres elementos según Guerrero, et al., una víctima (el niño agredido), un agresor y el entorno familiar condicionante. En su estudio asevera que las principales causas de maltrato a niños por orden de frecuencia son: medidas disciplinarias, seguidas de alteraciones de personalidad del sujeto agresor, además de trastornos de conducta, rechazo familiar y finalmente negligencia.

El medio en el que el niño se desarrolla la mayor parte del tiempo en etapas tempranas de la vida, es en su hogar y a medida que se inserta en la sociedad, su segundo hogar se vuelve la escuela. En ambos entornos pueden existir agresores. Las características del agresor parecen incluir: antecedentes de cualquier forma de maltrato en la infancia, desarrollo en ambiente de privación social.

Tipos de Lesiones

Durante el examen físico de un niño maltratado, pueden detectarse múltiples de lesiones y que pueden afectar a varios sistemas. Alrededor de 10% de los padres agresores son sicóticos o muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante, alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia, de aquí que, para identificar a un agresor, haría falta el estudio psicológico del mismo.

Características de la persona agredida

Según Guerrero-Cazares et. al, caracteriza al agredido de acuerdo a:

- Edad: aunque el maltrato puede manifestarse a cualquier edad, sin embargo en más frecuente hallarlo en los grupos más vulnerables que son recién nacidos y preescolares, en este último grupo se hallan los infantes menores de cuatro años.
- Sexo: el maltrato es frecuente en varones cuando es hijo único, la agresión física es mayor en niños.
- Otras: malformaciones congénitas o daño neurológico, enfermedades que demanden gastos continuados, no corresponder al sexo deseado, niño

demasiado irritable, desobediente o niño con incapacidad para controlar esfínteres.

Características Clínicas de la lesión

El niño/a puede presentar lesiones tales como:

- Equimosis multicolor, esta varía la coloración de acuerdo al paso de los días.
- Evidencia de lesiones frecuentes previas, sea manifestada mediante cicatrices antiguas o fracturas consolidadas en las radiografías.

Una manifestación frecuente de maltrato, según Guerrero, con aquellas contusiones que aparecen localizadas en glúteos, espalda, extremo proximal del brazo y piernas, palmas de manos y pies, cuello, cuero cabelludo y genitales y son las que hacen levantar sospecha de maltrato infantil.

Guerrero, sugiere que se sospeche de un caso de maltrato infantil cuando aparezcan hematomas múltiples, a veces toman la forma del objeto que lo produjo, sea, mano, cinturones o cables, etc., además de revisar la presencia de fracturas ya que en el 55% de los abusos físicos, estas coexisten, se deberá interrogar el mecanismo de la misma y valorar su congruencia con la lesión.(3)

Las lesiones en el niño maltratado suelen ser repetitivas, y en lugares extraños, además de una continuidad en las lesiones, puesto que el agresor siempre busca herir o lastimar reiteradamente a su víctima, por múltiples condiciones que hemos mencionado anteriormente. De aquí que, como parte de un diagnóstico de Maltrato infantil, se deberá realizar un control periódico de la supuesta víctima, visita domiciliaria, valoración médica y psicológica para ambas partes; víctima, agresor y en ocasiones de deberá incluir a otro miembro de la familia como parte de la muestra del entorno familiar.

Diagnóstico diferencial

Vasculopatías-Coagulopatías-Maltrato Infantil

Púrpura no trombocitopénica o de Henoch-Schönlein, se manifiesta por la deficiencia del Factor de la coagulación XIII, dentro de su cuadro clínico presenta características relacionadas con sangrado, bucal, muscular y aparecen lesiones en piel palpables que aparecen en la parte baja de las extremidades, especialmente en las nalgas, lo que orienta a la sospecha de púrpura no trombocitopénica. En ocasiones los pacientes

pueden presentar artritis o artralgias, síntomas renales o gastrointestinales. El 1 a 8% de la población que sufre esta patología puede presentar complicaciones más severas tales como; hemorragias intracraneales incluso en más incidencia que en hemofilia A o B, intususcepción, sangrado intestinal y obstrucción, taponamiento pericárdico, hemorragia pulmonar. Todo esto debido a la deficiencia del factor XIII. (4)

Del siguiente reporte de casos, muestra el coagulograma normal de una niña de 7 años de edad, que acude por un rash purpúrico de dos días de evolución, se le practican varias analíticas sanguíneas, con recuento normal de plaquetas, eritrocitos y hemoglobina, así mismo como los tiempos de coagulación; TP, TPPa, INR, todos dentro de parámetros normales, no obstante la evaluación de los factores de la coagulación es la clave para llegar a su diagnóstico. Se halla deficiencia del Factor XIII, este se expresa en porcentaje, de 48,3% y el rango normal en este estudio oscila entre 75.2 y 154.8

En pacientes con esta alteración, es frecuente encontrar equimosis y hematomas en las nalgas, con una distribución simétrica y uniforme, al examen físico, además de las implicaciones sistémicas que puedan incurrir, ya antes mencionadas. (4)

Es frecuente que el diagnóstico de esta patología sea por médicos generales, dermatólogos, pediatras o nefrólogos. Su diagnóstico precoz es importante para la prevención de complicaciones letales que pueden comprometer la vida del paciente, muchas veces pasa desapercibido la valoración de factores de la coagulación, siendo los principales en llevar al Médico al diagnóstico definitivo.

Coagulopatías

Entre las coagulopatías hereditarias, la más frecuente es la enfermedad de von Willebrand (evW), con un a prevalencia actual de 0,1 % según estudios (6), seguida en orden de frecuencia por el déficit de factor VIII (hemofilia A), y déficit de factor IX (hemofilia B) con una prevalencia de 1:5.000 varones y 1:30.000 varones respectivamente

La hemofilia puede manifestarse en mujeres también aunque es rara, a menudo los casos de hemofilia A son mal diagnosticados y confundidos con Hemofilia adquirida o Enfermedad de von Willebrand tipo N2 en las mujeres. (5)

Existen déficits de factores que no se traducen en sangrados, como el déficit de alguno de los factores de contacto: cininógeno de alto peso molecular (HMWK), precalicreína y

factor xii. Estos factores no intervienen en la fase de propagación de la cascada de la coagulación y, por tanto, su déficit, a pesar de alargar *in vitro* el tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa), no se asocia a sangrado *in vivo*.

De forma general en todas las coagulopatías puede o no cursar con sangrados francos, a veces sólo se obtiene como hallazgo el tiempo de tromboplastina parcial activada prolongado, incluso aun teniendo alterado este valor, existen pacientes que no poseen ninguna patología y son considerados sanos, como en el siguiente estudio. (6)

Si bien es cierto que la importancia de la historia familiar de hemorragias es muy importante, no es el único factor que interviene en la búsqueda de la etiología de las mismas, por ejemplo en este estudio, tomaron en cuenta a 10 niños quienes tuvieron trastornos hemorrágicos familiar, de los cuales 9 niños resultaron sanos y uno con un déficit de factor XI y sin sangrado.

Otro grupo de estudio fueron aquellos que presentaron sangrado con TTPa y actividad de protrombina normales: un niño fue diagnosticado de evW1 tras una hemorragia en sábana por intervención de fimosis. Mientras que otro niño, aunque presentó epistaxis y hemorragia tras extracción dentaria, no se diagnosticó de ninguna alteración.

Por otro lado se incluyó a aquellos con Sangrado y con AP (Actividad de Protrombina) disminuida: un niño con TTPa también alargado con clínica de rectorragia fue diagnosticado de déficit de factor X. Más, sin embargo, otro niño, con hematomas de repetición, no se diagnosticó de ninguna alteración.

Según la revista Pediatría Integral de la Sociedad Española de Pediatría, en uno de sus artículos, pone de manifiesto la forma de presentación de los trastornos de la coagulación hereditarios más frecuentes:

La Enfermedad de von Willebrand

La prevalencia de esta enfermedad en la población es del 1%, tomado de la mencionada revista, aunque la enfermedad sintomática es menos frecuente. Existe un trastorno cuantitativo o cualitativo del Factor von Willebrand (FVW), proteína multimérica sintetizada en megacariocitos y células endoteliales, que cumple dos funciones:

- 1) Promover la adhesión y agregación plaquetaria y su consecuente unión al colágeno donde ha existido injuria endotelial.
- 2) Actuar como transportador del FVIII, estabilizándolo y prolongando su vida media.

Es importante saber además que el gen de la proteína se encuentra en el brazo corto del cromosoma 12.

Presentación clínica

La EVW produce clínica de hemorragia mucocutánea exclusiva, tales como equimosis, hematomas, petequias, entre otros. Salvo los tipos 2N y 3 en los que puede sumarse sangrado en tejidos blandos y profundos.

Diagnóstico

El diagnóstico de la EvW, requiere de tres criterios:

- 1) Disfunción cualitativa o cuantitativa del factor de von Willebrand, como hemos visto anteriormente en la clasificación de la enfermedad
- 2) Clínica hemorrágica, de característica mucocutánea en la mayoría de subtipos
- 3) Herencia familiar autosómica

Este cuestionario sugiere la importancia que también posee el interrogatorio para el diagnóstico definitivo de un trastorno de la coagulación, además de los exámenes complementarios para la detección del FvW, pero asevera que el tiempo de hemorragia es una prueba muy poco sensible y difícil de estandarizar.

Hemofilia A y B

La hemofilia es una enfermedad ubicua con una incidencia de 1/10000 nacimientos. Afortunadamente se han hecho grandes progresos en los últimos años en todos los aspectos diagnósticos y terapéuticos para pacientes con hemofilia, sin embargo para el 80% de los hemofílicos que viven en países en desarrollo, la hemofilia sigue siendo una enfermedad de importancia médica y social desastrosa; como lo indica un análisis hecho en Marruecos, sobre la situación de un departamento de hemofilia- pediatría, y esto

sucede por la falta de disponibilidad de tratamiento con factores hemofílicos debido a su alto costo y la falta de cobertura de seguro para la mayoría de los pacientes, manifiesta Noufissa en su revisión (7)

La hemofilia A es cinco veces más frecuente que la B, y la incidencia de esta última es a 1/30.000-50.000 recién nacidos varones, aunque de forma rara puede estar presente en la mujer también. Se producen por mutaciones del gen del factor VIII (FVIII), o del factor IX (FIX).

La clínica es idéntica, ya que ambos factores actúan conjuntamente en la vía intrínseca de la coagulación. La gravedad del fenotipo depende de la actividad del factor VIII o IX. Se considera deficiencia grave si la actividad del factor es $<1\%$, moderada entre $1-5\%$ y leve si es $>5\%$.

Clínica

La clínica está relacionada con la gravedad de la enfermedad de acuerdo a los niveles del factor, pero los síntomas más frecuentes son las hemorragias articulares y hematomas musculares, aunque pueden sangrar en cualquier área. Los casos más graves y que pertenecen a la hemofilia A pueden darse antes del primer año de vida o coincidir con la deambulación, provocando hemorragias espontáneas o al mínimo traumatismo. La forma moderada pueden presentar hemorragias espontáneas pero sí un sangrado importante pos traumatismo o cirugías, mientras que en la forma leve sólo sangran tras una cirugía o traumatismo.

Las formas habituales de presentación en los primeros años son: equimosis, hematomas grandes al mínimo traumatismo y sangrado bucal.

Diagnóstico

El déficit de FVIII o FIX produce una prolongación del TTPA (tiempo de tromboplastina parcial activada) con tiempo de protrombina normal. La confirmación se da cuando el nivel de actividad del factor coagulante es inferior al normal en dos determinaciones analíticas. Debe hacerse un diagnóstico diferencial de la EvW.

ANÁLISIS

La niña que acude a consulta, dentro del examen físico, exceptuando los hematomas en el rostro, se encuentra en perfectas condiciones de desarrollo y crecimiento lo que de alguna forma demuestra el cuidado familiar que recibe.

El que la madre acuda tardíamente a la consulta médica, constituye un factor negativo ante la sospecha de maltrato infantil, más sin embargo la madre niega maltrato infantil.

Como antecedente personal, tenemos el trauma o injuria aunque mínima, que significa el mantener presionada sobre el rostro una mascarilla de inhalación, pero si bien es cierto corresponde a 10 días de evolución y por lo tanto tendría que haber adoptado una coloración verdosa. La cual no especifica en el caso clínico. (3)

La analítica sanguínea de la niña, se encuentra dentro de los parámetros normales incluyendo los tiempos de coagulación, que sin embargo no descarta la posibilidad de una coagulopatía, hemos mencionado anteriormente en esta revisión, que existen pacientes con valores normales de tiempos de coagulación pero que pueden sufrir síntomas de sangrado. (4)

El antecedente materno de formación de hematomas con facilidad, constituye un factor importante a investigar.

Puede también coexistir ambas entidades, maltrato infantil y una coagulopatía por ejemplo, siendo el primero desencadenante de la enfermedad, como sucedió en un Hospital Pediátrico de Matanzas, donde acude un paciente con síndrome del niño maltratado, con un hematoma occipital gigante, y con antecedentes de maltrato físico, al examen físico del menor describen múltiples lesiones en diferentes partes del cuerpo, de tipo hematomas, algunos en etapa resolutiva e incluso presencia de escoriaciones. Dentro de los estudios complementarios, realizan la detección y cuantificación de factores de la coagulación, viendo una alteración en el factor VIII, además de alteración de la hemoglobina, y tiempos de coagulación sobre todo TPT. Con esto sugieren repetir la cuantificación de factores en 6 meses para el diagnóstico definitivo de Hemofilia A o Enfermedad de von Willebrand tipo III. (7)

Resulta un verdadero desafío reconocer a simple vista un hematoma producido por maltrato infantil o por una enfermedad hemorrágica, sin embargo, el estudio y suma de todos los factores relacionados en cada situación, hará la diferencia; test psicológicos,

anamnesis rigurosa sobre historia familiar de sangrados, antecedentes de hemorragia, examen físico minucioso en busca de lesiones no perceptibles a simple vista. Si se encontrare alteración en cualquiera de estos parámetros, se debería entonces proceder a estudios complementarios, incluyendo pruebas de factores de coagulación.

El estudio del tiempo de sangría es poco sensible y difícil de estandarizar para el estudio de coagulopatías. (9)

CONCLUSIONES

Antes de remitir a un paciente a un servicio de hematología o de protección al menor. Ayudaría utilizar cuestionarios de sangrado adaptados a la infancia y una buena exploración física e historia personal/familiar en busca de signos que indiquen sangrados patológicos, así como también una evaluación psicológica al niño/a y a la familia para tratar de detectar casos de maltrato infantil. El conocimiento e identificación del síndrome del niño maltratado, puede prevenir lesiones fatales o secuelas importantes en el niño/a.

RECOMENDACIONES

La atención de un paciente pediátrico deberá ser de forma integral, que incluya el análisis desde el punto de vista bio-psico-social, que integre al niño como un ente Holístico, lo que permitirá al Pediatra o médico tener una visión completa de su estado de salud, facilitando el diagnóstico mediante el estudio diferencial.

Si se sospecha de un caso de maltrato infantil, no olvidar las enfermedades hemorrágicas presentes en la infancia que pueden subyacer.

Es una necesidad imperante la implementación de un laboratorio de análisis de Factores de coagulación en la provincia de El Oro, existe un déficit de diagnóstico y manejo de los pacientes hemofílicos, debido a la ausencia de este servicio tan necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kar A, Phadnis S, Dharmarajan S, Nakade J. Epidemiology & social costs of hemophilia in India. *Indian J Med Res.* 7 de enero de 2014; 140(1):19.
2. Día Mundial de la Hemofilia: el Gobierno destinó en 2013 más de \$4 millones para atención de esta enfermedad | Ministerio de Salud Pública [Internet]. [Citado 30 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.salud.gob.ec/dia-mundial-de-la-hemofilia-el-gobierno-destino-en-2013-mas-de-4-millones-para-atencion-de-esta-enfermedad/>
3. Guerrero-Cazares MF, Delgado-Guerrero F. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. [Citado 29 de septiembre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121h.pdf>
4. Hogendorf A, Młynarski W. Factor XIII deficiency in Henoch-Schönlein purpura - report on two cases and literature review. *Dev Period Med.* September de 2014; 18(3):318-22.
5. Ren H-Y. Compound heterozygous hemophilia A in a female patient and the identification of a novel missense mutation, p.Met1093Ile. *Mol Med Rep* [Internet]. 4 de diciembre de 2013 [citado 1 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/mmr.2013.1841>
6. Revisión de los pacientes estudiados por coagulopatía en una unidad de Oncohematología [Internet]. [Citado 30 de septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.analesdepediatria.org/es/revision-los-pacientes-estudiados-por/avance/S1695403315001472/>
7. Benajiba N, Boussaadni YE, Aljabri M, Bentata Y, Amrani R, Rkain M. Hémophilie: état des lieux dans un service de pédiatrie dans la région de l'oriental du Maroc. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2014 [citado 1 de octubre de 2015]; 18. Recuperado a partir de: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/126/full/>
8. Busto Aguiar R, Font Pavón L, Castellanos Ferreras ME, Breñas Escobar D, Rodríguez BM. Maltrato infantil, como forma de debut de hemofilia A: presentación de un caso. *Rev. Médica Electrónica.* Diciembre de 2011; 33(6):788-94.

9. Fisiopatología y trastornos de la coagulación más frecuentes [Internet]. [Citado 1 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi05/04/Fisiopatologia.pdf>