



Síndrome del Bebé Sacudido

Por el Centro Nacional del, Síndrome del Bebé Sacudido

¿Qué es el Síndrome del Bebé Sacudido?

El Síndrome del Bebé Sacudido (Shaken Baby Syndrome, SBS, por sus siglas en inglés) es un término utilizado para describir una serie de signos y síntomas causados por una sacudida y/o impacto violento en la cabeza del niño pequeño o infante. El grado del daño cerebral depende de la cantidad y duración del zarandeo o sacudida y la fuerza con que se ejerce el impacto en la cabeza. Los signos y los síntomas varían en un espectro de alteraciones neurológicas menores (irritabilidad, letargo, temblores, vómitos) a mayores (convulsiones, coma, estupor, muerte). Estos cambios neurológicos son causados por la destrucción de las células cerebrales secundarias al traumatismo, por la falta de oxígeno en las células del cerebro y por la hinchazón del cerebro. En la gran mayoría de estos casos se encuentra abundantes hemorragias retinales en uno o ambos ojos. La tricotomía clásica de: (1) hematoma subdural, (2) hinchazón del cerebro y (3) hemorragias retinales están acompañadas en algunos casos, pero no en todos, de magulladuras en las partes del cuerpo que se usaron como “asas” para el sacudimiento. En algunos casos, también se pueden observar fracturas de los huesos largos y las costillas. Sin embargo, con frecuencia no hay evidencia externa del traumatismo ya sea en la cabeza o el cuerpo.

Aproximadamente el 20% de los casos del SBS son fatales en los primeros días posteriores a una lesión, y aquellos que sobreviven sufren una variedad de discapacidades que van de trastornos leves del aprendizaje, pasando por dificultades de coordinación, cambios de la conducta, discapacidades cognitivas, dificultades para alimentarse, disturbios visuales hasta llegar a deterioraciones severas tales como discapacidades mentales profundas y de desarrollo, trastornos epilépticos, parálisis, ceguera, hidrocefalea o algún estado vegetativo permanente.

El SBS se define como una serie de hemorragias intracraneales (es decir, dentro del cráneo) y hemorragias oculares (es decir, dentro de los ojos) que no son accidentales y que ocurren en infantes y niños muy pequeños. Al inicio del SBS se pueden observar otras lesiones, como magulladuras cutáneas (es decir, a la piel), laceraciones, quemaduras, lesiones cerebrales parenquimatosas, fracturas en las costillas, fracturas en las extremidades y lesiones en varios órganos internos, pero no son necesarias para el diagnóstico. Algunos expertos han sugerido el cambio del nombre del SBS por el síndrome del impacto sacudido a fin de enfatizar la importancia del impacto craneal en la severidad del trauma cerebral observadas en algunas incidencias del síndrome del bebé sacudido. Otros expertos han sugerido un cambio en la terminología por el nombre de traumatismo craneal no accidental dado que si hay impacto o no, las lesiones severas del niño no tienen explicación accidental posible. Otros términos que se utilizan de manera indiferente para el SBS son síndrome de sacudida/golpe, traumatismo craneal abusivo y síndrome del infante sacudido tipo latigazo, Síndrome del Bebe Zarandeado.

¿Cómo sucede?

No existe una respuesta absoluta en cuanto al número exacto de sacudidas necesarias para ocasionar un SBS ni tampoco la hay en cuanto a la duración de tiempo que una persona típicamente pueda sacudir a un niño en circunstancias de maltrato. La mayoría de las sacudidas probablemente duran 20 segundos o menos, con tal vez unos 40 ó 50 zarandeadas. Se necesita una o varias fuerzas severas para ocasionar daño cerebral lo suficientemente como para permitir la detección clínica del síndrome. En términos mecánicos y fisiológicos, así como según la experiencia de los agresores que han sido probados culpables o han confesado el zarandeo, es evidente que para levantar a un niño y sacudirlo se requiere un adulto o una persona de la constitución de un adulto. (Reece, 1996).

Los padres necesitan asegurarse que jugar con niños debe ser con actividades de acuerdo a su edad de tal manera no se ocasionan lesiones relacionadas con SBS. Por ejemplo, si el niño es llevado en la espalda cuando el padre o la madre hace ejercicios el correr ligeramente o montar bicicleta no ocasiona lesiones de tipo SBS.

Una de las excusas para justificar el traumatismo, dadas por la persona que ocasiona el SBS con frecuencia dice que el niño se cayó. Se han realizado varios estudios con relación a las lesiones de bebé o del niño que ha tenido caídas “leves” (es decir caídas desde un sofá, de una cama o de una mesa para cambiar los pañales, o incluso de caídas en las que él bebe va en brazos de quien lo cuida y este se resbala cargando al bebé). En su totalidad, estos estudios sustentan la conclusión que no sólo son caídas accidentales de relativamente bajas alturas que probablemente no resultan en una muerte, sino también que las lesiones intracraneales severas que se atribuyen a las caídas leves probablemente indican una lesión provocada. Los accidentes, a pesar de ser usuales, no son la causa de la mayoría de las lesiones intracraneales severas ni de fracturas craneales en los niños. Las lesiones cerebrales ocasionadas por caídas de las escaleras o de los sofás raras veces causan fractura craneal y en la mayoría de los casos resultan en traumatismos menores. (Reece, 1996).

Una de las causas mas comunes que provoca el SBS es el llanto inconsolable del bebé o niño pequeño. Otros aspectos que lo desencadenan son los problemas para alimentar al bebé y las dificultades al entrenarlo para ir al baño. La frustración que se acumula con tales situaciones, unidas a la carencia de conocimientos o entendimiento de las variadas opciones, en consecuencia pueden conllevar a un episodio de sacudimiento o zarandeo. A los padres y los cuidadores se les debe dar amplia información sobre las alternativas y riesgos que existen antes de sacudir al bebé, tales como dejar al niño en un lugar seguro y dejarlo que lllore, o llamar a un amigo confiable o miembro de la familia para que vigile al bebé mientras el cuidador frustrado se aleja de la situación y se calma. El estrés es otro componente que puede agravar una situación de frustración para el cuidador. Si el cuidador está pasando por una serie de situaciones estresantes, su capacidad para manejar la frustración del llanto inconsolable se ve disminuida.

Un bebé normal pasa de dos a tres horas todos los días llorando y el 20% al 30% de los bebés exceden esta cantidad de tiempo, a veces substancialmente. A menudo, los infantes lloran de manera aparentemente irracional, y pueda que no respondan al intento inicial del padre o la



madre para consolarlos. El llanto se hace particularmente problemático durante el periodo de las seis semanas a los cuatro meses posteriores al nacimiento del bebé, periodo en el cual coincide con las incidencias más altas del SBS. Irónicamente, el comportamiento de zarandeo abusivo puede reforzarse por sí mismo, dado que el infante sacudido o quien presenta lesión cerebral puede dejar de llorar debido a la lesión ocasionada por el sacudimiento. El cuidador puede asociar el detenimiento del llanto con una respuesta satisfactoria (es decir, que el bebé deja de llorar) y por ello, el agresor repite dicho comportamiento. De esta manera, una acción inicial, que es impulsiva y activada por el estrés, puede tener resultados positivos inmediatos para el cuidador que sólo desea que el llanto se detenga. El bebé quieto y aturdido presenta el comportamiento que se desea y pueda que no muestre síntomas severos después del primer zarandeo, posiblemente guiando al cuidador a la conclusión que la sacudida obtiene una respuesta apropiada en caso de irritación y malestar. (Reece, 1996).

¿Cómo podrían darse cuenta los padres si su bebé ha sido sacudido?

Los padres conocen la conducta “normal” de sus hijos más que cualquier otra persona. Cuando un niño ha sido sacudido, los signos y síntomas a veces pueden ser casi imperceptibles. Para obtener mayor información sobre la alerta roja del SBS, vaya a la página subtitulada “Alerta roja del Síndrome del Bebé Sacudido”. Si un niño muestra alguno de estos síntomas, se debe buscar atención médica inmediata. Los padres o el cuidador deben informar al personal médico de atención que sospechan que el niño ha sido sacudido para evitar demoras en el diagnóstico. Un diagnóstico y un tratamiento oportuno pueden ayudar a disminuir los problemas relacionados con la hinchazón al cerebro y podrían salvar la vida del niño.

Consecuencias físicas de sacudir a un bebé o niño pequeño

Lo que sucede

- El cerebro rebota de adelante hacia atrás y viceversa dentro de la cavidad craneal, lesionando o destruyendo el tejido cerebral.
- Cuando sucede la sacudida, los vasos sanguíneos que alimentan el cerebro se pueden destruir, conllevando a un sangrado alrededor del cerebro.
- La sangre se acumula dentro del cráneo, creando más presión y posiblemente causando daño cerebral adicional.
- Puede ocurrir un sangrado retinal (detrás del ojo). Esto puede causar ceguera.



Razones por las que sucede

- La cabeza del bebé es grande y pesada, siendo cerca del 25% del peso total de su cuerpo. Los músculos de su cuello son muy débiles para soportar el tamaño de la cabeza que es desproporcionadamente grande.
- El cerebro del bebé no ha madurado y se lesiona con mayor facilidad.
- Los vasos sanguíneos alrededor del cerebro del bebé son más susceptibles a destruirse que los vasos sanguíneos de los niños mayores o adultos.

Cuando sucede

Sacudir deliberadamente a un bebé o niño llevado por la frustración o ira a menudo ocurre cuando el bebé no deja de llorar. Otros sucesos que lo desencadenan incluyen las dificultades para entrenar al bebé para ir al baño y los problemas para alimentarlo.

Consecuencias inmediatas

La respiración puede detenerse, irritabilidad extrema, convulsiones, brazos y piernas debilitados, disminución del conocimiento, vómitos, el corazón puede detenerse, muerte.

Consecuencias a largo plazo

Discapacidades en el aprendizaje, discapacidades físicas, ceguera parcial o total, perdida de la audición, discapacidad en el habla, discapacidades cognitivas, parálisis cerebral, convulsiones, trastornos de la conducta, muerte.

¿Cuándo y dónde es más común que sucedan las sacudidas?

El Síndrome del Bebé Sacudido se encuentra en todos los grupos raciales y socioeconómicos. Sin embargo, existen varios factores de riesgo para el SBS. Éstos incluyen a los padres y cuidadores que muestran estrés, depresión o ansiedad, abuso de sustancias, poco control de sus impulsos, expectativas irreales, aislamiento en el hogar y carencia de un sistema de apoyo familiar.

El SBS a menudo es difícil de diagnosticar. Puede que haya poco o ningún signo aparente del traumatismo. Los signos que muestran que un niño ha sido zarandeado pueden ser vagos y se describe a veces al niño como quisquilloso o irritable con síntomas de “gripa”. El diagnóstico diferencial del SBS incluye un estado de conmoción, signos agudos de peligro de vida (ALTE Acute Life-Threatening Events, por sus siglas en Inglés), apnea, intoxicación por monóxido de carbono, meningitis, hidrocefalia, trastornos epilépticos, problemas de crecimiento, otitis



media, gastroenteritis, síndrome de muerte infantil repentina (SIDS Sudden Infant Death Syndrome por sus siglas en Inglés) hemorragia del sistema nervioso central o síndromes viricos tales como la gripe (Joffe & Ludwig, 1998; Reece, 1006).

Sugerencias para ayudar en el diagnóstico del Síndrome de Bebé Sacudido

- Esté alerta a la presencia de contusiones o peladuras en la cara o cabeza del niño que presenta síntomas no específicos.
- Al evaluar bebés y niños pequeños con síntomas no específicos tales como vómitos, fiebre o irritabilidad, considere un traumatismo craneal en el diagnóstico diferencial.
- Realice un examen físico de pies a cabeza, revise las fontanelas (espacios membranosos) de la cabeza del bebé, mida el tamaño de la cabeza y esté alerta en caso de encontrar signos de traumatismo.
- Al realizar una punción lumbar, vea si hay signos de sangrado previos o restos de sangrado anterior del líquido cefalorraquídeo.

En casos de sospecha de maltrato de un niño, se debe consultar con un radiólogo en Pediatría para que interprete las radiografías y las tomografías computarizadas. Se deben realizar más investigaciones para encontrar mejores maneras de diagnosticar el traumatismo craneal en los bebés y niños pequeños. Es importante también informarse. Si bien es difícil para los médicos detectar todos los traumatismos craneales abusivos severos en el entorno clínico, un conocimiento general de los signos y síntomas de traumatismos craneales abusivos podría aumentar las posibilidades de que se detecten más casos.

Sobre todo, los médicos necesitan tener un historial adecuado de sus pacientes. La posibilidad del SBS, en primer lugar, necesita estar incluida en el diagnóstico diferencial de modo que se realicen las pruebas necesarias para diagnosticar el SBS y se pueda llegar a un adecuado diagnóstico.

Alerta roja del Síndrome del Bebé Sacudido

Factores del entorno

- Las lesiones son compatibles con el historial provisto
- Situaciones de estrés recientes en la familia
- El cuidador que no busca o se retrasa en la búsqueda de atención médica



- Expectativas aparentemente irreales en cuanto al bebé
- Historia de dificultades para alimentar, cambiar pañales o entrenar para ir al baño
- El cuidador en el momento de la lesión era un hombre

Signos y síntomas físicos

- Letargo/tono muscular decreciente
- Dificultad para respirar
- Extrema irritabilidad
- Convulsiones
- Disminución del apetito o vómitos
- Contusiones en los hombros, el cuello o los brazos
- Frente protuberante o hinchada
- No sonrío o vocaliza

¿Cuáles son las estadísticas de las incidencias del Síndrome de Bebé Sacudido?

Ésta es una pregunta que se formula a menudo; desafortunadamente, las estadísticas son insuficientes. Los datos exactos sobre el número de incidencias que ocurren al año en todo el país son difíciles de recolectar dado que no existe un método uniforme para hacer un seguimiento a las incidencias en cada Estado o cualquier otro sistema dado. No existe un código ICD-9 para el Síndrome del Bebé Sacudido; usualmente está codificado como maltrato del niño en general y sería imposible obtener estadísticas contundentes sin revisar cada registro individual con un código de maltrato infantil. Muchos niños son sacudidos cuando son bebés y viven una serie de años con consecuencias severas. Cuando estos niños mueren, con frecuencia la causa es un resultado indirecto del Síndrome del Bebé Sacudido, pero la causa de muerte puede registrarse como neumonía, paro respiratorio u otra causa específica.

Los cálculos de las incidencias del SBS en los Estados Unidos varían de una cifra anual de 600 casos como mínimo hasta 1.400 casos como máximo al año. Hasta que no se establezca un método para recolectar tales estadísticas, no se conocerán las verdaderas incidencias. Sin embargo, se reconoce que el SBS es la causa más común de mortalidad y es la responsable de la mayoría de las discapacidades a largo plazo en bebés y niños pequeños debido al maltrato físico del niño (Reece, 1998).



En 1998, el Centro de Prevención del Maltrato Infantil (Child Abuse Prevention Center) condujo un estudio sobre los Equipos de Revisión de Fatalidad Infantil en Estados Unidos (United States Child Fatality Review Teams). Se formularon preguntas a los equipos de revisión de fatalidad infantil establecidos en la mayoría de Estados ya sea como entidades locales o estatales en toda la Nación. Se obtuvo respuestas de los equipos de 31 Estados. Esta investigación reveló unas 352 muertes atribuidas al Síndrome del Bebé Sacudido desde el año 1994 hasta el primer semestre del año 1998.

En 212 casos, el 61% 129 de los niños sacudidos fueron del sexo masculino y el 39% fueron del sexo femenino. La edad promedio de los bebés lesionados era de 8.9 meses. Se desconoció el género del agresor en 284 de los casos reportados, siendo el 71% 201 del género masculino. La edad promedio de los agresores era de 24 años.

En 192 de los casos, se identificó el parentesco o la relación del agresor con el niño. El 55% 105 eran los padres, el 19% 37 eran los novios de las madres que conviven en el hogar, el 5% 10 eran los padrastros y el 1% 2 eran los abuelos. Los cuidadores no relacionados por parentesco constituyeron el 20% 38 restante.

El 46% de los miembros del equipo que respondieron tenían conocimiento de los sobrevivientes del Síndrome del Bebé Sacudido durante el periodo del año 1994 hasta el año 1997. Reportaron 174 sobrevivientes conocidos, reflejando el conocimiento de 526 incidentes de SBS conocidos por los Equipos de Revisión de Fatalidad Infantil en Estados Unidos (352 muertes y cifra adicional de 174 sobrevivientes conocidos).

Los comentarios que proporcionaron estos Equipos de Revisión de Fatalidad Infantil indicaron que los datos sobre el Síndrome del Bebé Sacudido no eran fácilmente accesibles, ni podría dárseles un seguimiento ni ser reportados de una manera confiable ni uniforme. Se están realizando esfuerzos entre muchos de estos miembros del equipo para estandarizar la identificación y el informe de las características médicas del SBS entre las estadísticas de fatalidad infantil. Los descubrimientos de esta investigación indican que el SBS, y las lesiones consistentes con este síndrome, es una categoría bastante reciente del reporte de fatalidades infantiles en todos los Estados Unidos.

¿Quiénes son los agresores?

En 1998, el Centro de Prevención del Maltrato Infantil condujo un estudio sobre las incidencias y los factores de riesgo del SBS en el Estado de Utah. En este estudio, la relación del agresor con el niño reveló que el 54% de los agresores eran los progenitores y, de éstos, el 83% eran los padres hombres. De hecho, el género y la relación con el niño sacudido son características significativas de las personas causantes del SBS. De todos los casos en este estudio, el 67% de los agresores son los padres hombres, padrastros hombres o novios de las madres que conviven con ellas. El otro 3% de los agresores fueron cuidadores sin parentesco. La encuesta general recibió la información del margen de edades para los 30 casos. La edad promedio del agresor en estos 30 casos era de 25 años y medio.



Es importante mencionar que los descubrimientos de este estudio de investigación revelaron que el 68% de los agresores generalmente están a cargo del cuidado del niño que maltratan. En Utah, el perfil del agresor típico producto de esta investigación también revela que un 44% de estos agresores tienen historia de abuso de sustancias, el 29% tiene antecedentes de haber maltratado a niños y sólo el 17% ha tenido algún tipo de terapia o tratamiento.

En el siguiente recuadro se puede apreciar una comparación de los descubrimientos con un estudio sobresaliente conducido por Starling, Holden y Jenny en el Departamento de Pediatría, de la Facultad de Medicina, del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Colorado (University of Colorado), en Denver y una encuesta de los Equipos de Revisión de Fatalidad Infantil de la Nación conducido por el Centro de Prevención del Maltrato Infantil:

	1994 Estudio del centro de Maltrato Infantil N = 36	1998 Estudio del centro de Maltrato Infantil N = 41	1995 Estudio de Universidad de Colorado N = 151	1998 Estadísticas Nacionales de Fatalidades Infantiles N = 528
Género de las Víctima	63% masculino	63% masculino	60.3% masculino	57% masculino
Género de la Abusador	79% masculino	70% masculino	68.5% masculino	70% masculino
Relación entre el Abusador y la Víctima	50% eran los padres, 6% Padrastos (Género no especificado), 17% Novio de la madres	67% era el padre padrasto y vivía con el novio ó amigo	60% era el padre padrasto y vivía con el novio ó amigo	62% era el padre padrasto y vivía con el novio ó amigo
Incidencia de muerte en las víctimas	50% Fatales	56% Fatales	23% Fatales ¹	65% Fatales ²

* Estudio del Centro de Prevención del Maltrato Infantil

1. Más probabilidades de tener conocimiento de los sobrevivientes dado que este estudio tenía por objetivo los datos de los hospitales
2. Más probabilidades de tener conocimiento de fatalidades solamente dado que éstos son equipos de revisión de la fatalidad infantil



¿Cuáles son los efectos a largo plazo del Síndrome del Bebé Sacudido?

Según los mejores cálculos, 1/3 de las personas que sufren lesiones craneales por maltrato que han desarrollado síntomas se libran de condiciones incapacitantes significativas. Muchos niños quedan con ceguera parcial o total, trastornos epilépticos, pérdida auditiva, retardo mental profunda, diplejía espástica (parálisis de un lado), o quadriplejía (parálisis de todos los lados). Algunos niños llevan una vida en estado vegetativo.

Los casos conocidos como “leves” del trauma cerebral abusivo tienden a tener menores consecuencias bien definidas. En aquellos niños con menos lesiones severas, se observa retardo mental, trastornos epilépticos o retrasos en el desarrollo no muy significativos. El espectro de anormalidades atribuidas a lesiones incluso menores incluye dificultades del aprendizaje, cambios de la personalidad o problemas de la conducta.

La parálisis cerebral que es de origen indeterminado (es decir, que no tiene historial de problemas intrauterinos o congénitos) puede ser atribuida a la lesión por maltrato, en particular la sacudida o zarandeo. Sin embargo, esta relación es difícil de demostrar de manera consistente. (Reece, 1996).

En la Segunda Conferencia Nacional sobre el Síndrome del Bebé Sacudido en Septiembre de 1998, David Nilsson, Doctorado en Filosofía, sugirió intervenciones de tratamiento para los niños con deficiencias neurológicas. Estos niños pueden necesitar terapia física y/o ocupacional, especialmente cuando ha habido un cambio substancial en la función motora y sensorial. La terapia ocupacional generalmente actúa con el control motor fino y es esencial una intervención oportuna. Esta intervención puede ser necesaria para mantener la función, no sólo para recuperarla. Además, puede ser necesaria la terapia del lenguaje y habla así como la rehabilitación cognitiva. La rehabilitación cognitiva actúa en el cerebro así como la terapia física actúa en el cuerpo, del mismo modo que las personas necesitan aprender estrategias compensatorias y de adaptación. Una intervención oportuna después de las lesiones del SBS pueden ayudar a minimizar o eliminar los atrasos en el desarrollo. Para obtener mayor información sobre los programas de educación especial en su sector, contáctese con las oficinas informativas de su localidad, Condado o Estado, o comuníquese con el Centro Nacional de Información sobre Niños y Jóvenes con Discapacidades (National Information Center on Children and Youth with Disabilities - NICHCY) al 1-800-695-0285.

Cuando el niño llega a la edad escolar, es esencial maximizar todos los recursos terapéuticos a fin de facilitar el avance continuo del desarrollo neurológico. Las escuelas de la jurisdicción y los padres deben unir sus fuerzas para asegurar que se proporcionen los servicios necesarios al niño. En consecuencia, es importante que los padres y las demás personas se familiaricen con las leyes aprobadas que garantizan que los individuos con discapacidades puedan recibir información adecuada gratuita.



Actualmente se está realizando un estudio conducido por la Dra. Carole Jenny, la Dra. Debbie Lowen del Hospital para Niños Hasbro (Hasbro Children's Hospital); y Jacy Showers, Doctorado en Educación, Más prevención del Síndrome del Bebé Sacudido (SBS Prevention Plus por sus siglas en Inglés) con el propósito de identificar con mayor claridad el resultado de los niños que sobreviven el SBS.

¿Cómo se puede prevenir el Síndrome del Bebé Sacudido?

Es imprescindible mencionar que el SBS se puede prevenir. El zarandeo o sacudida ocurre con frecuencia cuando un cuidador frustrado pierde el control con un bebé que llora inconsolablemente. Es importante darse cuenta que el sólo decir: “¡No sacudas al bebé!” no es suficiente. Se necesita ofrecer un plan de acciones o sugerencias para enfrentar esta situación. A los cuidadores se les debe enseñar que el llanto del bebé no refleja cuán bueno es un padre o cuidador. Más bien que el llanto es una de las únicas maneras que un bebé puede comunicar sus necesidades.

Los padres deben transmitir el mensaje de los peligros de las sacudidas a todas las personas que cuidan a su bebé o infante, incluyendo cónyuges, sus propios padres, hermanos, el personal servicios de la guardería y demás. Los padres necesitan comunicarles a todos los que cuidan de sus niños que está bien pedir ayuda si perciben una situación de frustración y sienten que no pueden sobrellevarla.

El Centro de Prevención del Maltrato Infantil (Child Abuse Prevention Center) ofrece literatura sobre las maneras cómo tratar a un bebé en llantos, cómo tratar con cólicos y muchos otros materiales de información y apoyo. Los padres y otros cuidadores necesitan que se les asegure que permitir que un bebé lloré está bien si se le ha satisfecho todas sus necesidades. El cuidador debe afrontar su nivel de estrés e intentar algunas técnicas para controlarlo.

Una educación enfocada es claramente la clave para prevenir el Síndrome del Bebé Sacudido en todo el país. Con el transcurso de los años, el Centro de Prevención del Maltrato Infantil ha determinado un amplio enfoque para la prevención del SBS. Los objetivos de sus programas son incrementar la base de conocimientos de los padres y otras personas encargadas del cuidado en cuanto a los riesgos físicos que conllevan el sacudir a los bebés y disminuir la práctica de sacudirlos, de este modo se reduciría las incidencias de mortalidad y lesiones relacionadas entre los bebés e infantes. Para los casos existentes, el objetivo del Centro es ayudar a informar e instruir a los profesionales de varias disciplinas a fin de asegurar un manejo efectivo de los casos. Los programas del SBS del Centro de Prevención del Maltrato Infantil actualmente atienden a los Estados Unidos así como a distintas partes del Canadá y otros países. Estos programas empezaron en Utah, donde se dieron muchos de nuestros servicios contratados. Los programas se enfocan en las siguientes seis áreas:

1. El Servicio Nacional de Información, Apoyo y Referidos sobre el Síndrome del Bebé Sacudido para profesionales y padres en toda la Nación que necesitan recursos e información sobre el SBS.



2. Los hospitales y los programas con base en los departamentos de salud a fin de asegurar que los nuevos padres reciban información vital sobre los peligros de las sacudidas de los bebés y cómo tratar con sus llantos antes de dejar el hospital.
3. La Campaña Nacional de Información Pública tiene el fin de transmitir el importante mensaje de que no es nada bueno sacudir a un bebé. Muchas personas aún no se dan cuenta de los peligros de las sacudidas de los bebés y esta campaña tiene por objetivo informar al público en general sobre esta trágica forma de maltrato o abuso.
4. La Campaña de Información Para los Hombres “(Los Tipos Machos También Pueden Ser Todo Unos Caballeros Amables)”(llamada en inglés “*Tough Guys Can Be Gentlemen*”) debido a que el 70% de las personas que ocasionan del Síndrome del Bebé Sacudido tanto en Utah como en toda la Nación son del sexo masculino. Este programa desea llegar a este grupo particular que tiene un alto riesgo.
5. Se proveen servicios de entrenamiento especial para las personas responsables del cuidado de los niños, los agentes de la ley y los funcionarios del Servicio de Protección Infantil a fin de informar a dichos profesionales sobre las ramificaciones del SBS así como para asegurar una efectiva administración de los casos.
6. Literatura sobre prevención del SBS, incluyendo materiales educativos impresos, afiches, videos y modelos de programas, está disponible al contactarse con el Servicio Nacional de Información, Apoyo y Remisiones sobre el Síndrome del Bebé Sacudido

De un vistazo: Información clave sobre el del Síndrome de Bebé Sacudido

Sacudir a un bebé o a un infante es peligroso. Los infantes tienen la cabeza más grande en comparación con el resto de su cuerpo. Sacudir a un bebé o a un niño puede causar lesiones serias e incluso la muerte.

El llanto a menudo desencadena el zarandeo o sacudida. El cuidador con frecuencia se frustra y pierde el control.

Está bien dejar que un bebé llore si ha intentado innumerables cosas para calmarlo. Deje al bebé en un lugar seguro, tal como de espaldas en su cuna. Vigílelo cada 15 minutos aproximadamente. Si está preocupado, contacte a su profesional de la salud.

Recuerde que un bebé que llora no refleja sus habilidades como padre o madre y no lo hacen a usted un mal padre o madre.



Información adicional

Para los profesionales, padres y otros cuidadores:

El Centro Nacional del Síndrome del Bebe Sacudido ofrece literatura y mantiene una lista de los expertos disponibles para consulta. Se ha llevado a cabo tres Conferencias Nacionales sobre el SBS en 1996, 1998 y 2000 en Utah. Los materiales de las Conferencias están a su disposición en nuestra página web: www.dontshake.com o al llamar al 888-273-0071. El directorio de los Programas y Recursos del Síndrome del Bebé Sacudido para los Estados Unidos está a su disposición del Servicio Nacional de Información, Apoyo y Remisiones sobre el SBS del Centro de Prevención del Maltrato Infantil. Puede obtenerlo al llamar al 888-273-0071. (Actualmente hay algunos materiales disponibles en Español.)

Para los padres/familiares de niños que viven con SBS y aquellos que han fallecido de del Síndrome de Bebé Sacudido:

La Alianza del Bebé Sacudido (Shaken Baby Alliance) es una red de padres que desean comunicar sus frustraciones, circunstancias y ofrecer consejo y apoyo. Hay varias formas de contactarlos por medio de su página web: www.shakenbaby.com; vía correo electrónico: info@shakenbaby.com; por teléfono al 817-279-1166; o por correo regular: PO Box 150734, Ft. Worth, TX 76108.

La siguiente información sobre el Síndrome del Bebé Sacudido ha sido compilada y escrita por el personal del centro Nacional del Síndrome del Bebé Sacudido, un servicio provisto por el Centro de Prevención del Maltrato Infantil, Ogden, UT. El personal que contribuyó con este artículo incluye a Marilyn F. Sandberg, Directora Ejecutiva; Amy L. Wicks, Especialista del Servicio Nacional y Stacy B. Iverson, Coordinadora del Programa de Prevención del Síndrome del Bebé Sacudido. El Servicio utiliza consultores expertos de todas partes del mundo. Los consultores del Servicio han sido los autores de los componentes de este artículo.

Los fondos para la traducción en español de este folleto se hicieron posible gracias a un contrato con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention), Centro Nacional de Control y Prevención de Lesiones (National Center for Injury Prevention and Control). Contrato # 200-2001-08021.



Referencias

Chadwick DL et al.: Muertes por caídas en los niños: ¿Cuán fatales pueden ser estas caídas? (Deaths from falls in children: How far is fatal?) J Trauma. 31:1353, 1991.

Conway E: Trauma Cerebral no accidental en los bebés: El Síndrome del Bebé Sacudido – revisión (Nonaccidental head injury in infants: The Shaken Baby Syndrome revisited). Anales Pediátricos. 27:10, 1998. Pgs.677-690.

Helfer RE, Slovis TL & Black M. Traumas resultantes al caerse de la cama los niños pequeños (Injuries resulting when small children fall out of bed). Pediatría. 60:533, 1977.

Jenny C, Hymel KP, Ritzen A et al.: Traumatismo craneano por maltrato: Un análisis de casos indeterminados (Abusive head trauma: An analysis of missed cases). Publicación de la Asociación Médica Norteamericana. 281:621626, 1999.

Joffe M & Ludwig S: Traumas en los niños al caerse de las escaleras (Stairway injuries in children). Pediatría. 82:457, 1988.

Leavitt CJ, Smith WL & Alexander RG: Traumatismo craneano por maltrato (Abusive head trauma). En: Diagnóstico y Administración Médica del Maltrato Infantil. RM Reece (Ed.) Baltimore, MD: Wilkins & Wilkins, 1996. Pgs. 1-20.

Nimityongskul P & Anderson LD: Las probabilidades de los traumas al caerse los niños de la cama (The likelihood of injuries when children fall out of bed). J Pediatr Orthop. 7:184, 1987.

Reece RM & Kirschner RH: Síndrome del Bebé Sacudido/Síndrome del Impacto Sacudido (Shaken Baby Syndrome/Shaken Impact Syndrome). Servicio Nacional de Información, Apoyo y Referidos sobre el Síndrome del Bebé Sacudido, 1998, Pgs. 4-5.

Reece RM: Maltrato Infantil Fatal y Síndrome de muerte infantil repentina (Fatal child abuse and sudden infant death syndrome). En: Diagnóstico y Administración Médica del Maltrato Infantil. Baltimore, MD: Wilkins & Wilkins, 1996. Pgs. 107-137.

