

## Artículo Especial

# Protocolo de actuación ante el maltrato infantil y situaciones de riesgo en el ámbito sanitario en la provincia de Salamanca

Á. GIMENO DÍAZ DE ATAURI<sup>1</sup>, F. MALMIERCA SÁNCHEZ<sup>2</sup>, J. PELLEGRINI BELINCHÓN<sup>2</sup>, J.M. SÁNCHEZ GRANADOS<sup>3</sup>, S. FERNÁNDEZ DE MIGUEL<sup>3</sup>, M.J. EXPÓSITO CASAS<sup>4</sup>, M.T. CANO PÉREZ<sup>5</sup>, T. AYBAR ZURITA<sup>5</sup>, M. HERNÁNDEZ ÁVILA<sup>5</sup>, M. FERNÁNDEZ<sup>6</sup>, M.I. DE JOSÉ GÓMEZ<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Pediatra, Hospital Clínico Universitario Salamanca; <sup>2</sup>Pediatra Atención Primaria, Salamanca; <sup>3</sup>Pediatra, UCI-P y Urgencias Pediátricas, Hospital Clínico Universitario de Salamanca; <sup>4</sup>Médico de Familia, Salamanca; <sup>5</sup>Equipo trabajadores sociales del Hospital Clínico Universitario de Salamanca; <sup>6</sup>Microbióloga, Hospital Clínico Universitario de Salamanca; <sup>7</sup>Pediatra, Servicio Infectología pediátrica, Hospital Infantil La Paz, Madrid.

### RESUMEN

El maltrato infantil en sus diversas formas de manifestación es un problema que afecta a la infancia en el mundo entero y los pediatras, como responsables de la salud integral del niño, debemos estar concienciados de la importancia de intervenir en nuestro entorno para identificar situaciones de riesgo y aprovechar todos los recursos sociosanitarios para la implementación de medidas preventivas adecuadas. Se ha elaborado un protocolo con el fin de facilitar la atención adecuada de estos niños en la provincia de Salamanca.

**Palabras clave:** Maltrato infanti; Abuso sexual; Atención primaria; Urgencias.

### ABSTRACT

Child battering in its different manifestation forms is a problem that affects young children worldwide. The pediatricians, who are responsible for the integral health of the child, should be aware of the importance of intervening within their setting in order to identify risk situations and to

take advantage of the social-health care resources for the establishment of adequate preventive measures. A protocol has been elaborated in order to facilitate adequate care for these children in the providence of Salamanca.

**Key words:** Child battering, Sexual abuse, Primary care, Emergencies.

### INTRODUCCIÓN

La convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas define el maltrato infantil como toda forma de violencia, perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente o explotación mientras el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, tutor o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo<sup>(1)</sup>. Esta definición asume que el maltrato incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia). La consejería de sanidad y bienestar social de la Junta de Castilla y León desglosa el maltrato infantil en 12 variantes<sup>(2)</sup> que se exponen de forma esquemática en la tabla I. Hay además otras formas de maltrato que no aparecen en

Correspondencia: Álvaro Gimeno Díaz de Atauri. Hospital Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente 58-182. 37007 Salamanca.

Correo electrónico: agimenodatauri@gmail.com.

© 2009 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. TIPOS DE MALTRATO.

Tipos de maltrato	Acción	Omisión	Negligencia
FÍSICO	- Maltrato físico - Abuso sexual		- Negligencia física
EMOCIONAL	- Maltrato psíquico		- Negligencia psíquica
OTROS	- Explotación sexual - Explotación laboral o mendicidad - Inducción a la delincuencia	- Abandono - Renuncia	- Imposible cumplimiento de las obligaciones parentales - Modelo de vida en el hogar inadecuado para el niño

esta clasificación como son, por ejemplo, el Síndrome de Munchausen por poderes o el maltrato prenatal.

Existen múltiples publicaciones sobre la atención al maltrato infantil elaborados por las instituciones públicas y por distintas sociedades científicas. La Asociación Española de Pediatría y la Sociedad de Pediatría de Asturias Cantabria y Castilla y León tienen sus propios protocolos<sup>(3,4)</sup> que resultan de gran utilidad para concienciar a los pediatras sobre la importancia del problema y aumentar sus conocimientos sobre el mismo. Los objetivos principales del protocolo elaborado en Salamanca han sido añadir a lo ya publicado unas pautas prácticas útiles en nuestro entorno concreto y fomentar la comunicación entre la pediatría de atención primaria, la hospitalaria, los servicios sociales y, en definitiva, todos los agentes sociales que participan en la atención a la infancia para mejorar la detección precoz de las situaciones de riesgo de maltrato infantil y optimizar las actividades preventivas que puedan llevarse a cabo (Tabla II).

Aunque todas las formas de maltrato preocupan al pediatra en este protocolo nos ocuparemos principalmente de aquellas que con mayor frecuencia pueden ser detectadas por el sistema sociosanitario: El maltrato y la negligencia físicos (incluido el síndrome de Munchausen por Poderes, del que se hace un breve apunte al final del protocolo) y el abuso sexual. Por motivos prácticos, se profundiza más en la actuación médica ante el maltrato físico pero los pediatras no debemos olvidar que la negligencia es, con mucho, la forma más frecuente de maltrato y que una notificación precoz es fundamental para que se pueda realizar la intervención más adecuada. Para la notificación no es preciso tener una certeza del maltrato ya que la tarea de investigación no pertenece al ámbito sanitario. El abordaje del problema ha de tener un carácter multidisciplinar y multiinstitucional; Servicios Sanitarios, Servicios Sociales, Instituciones educativas, Salud Mental, Servicios de Orden Público y Sistema Judicial.

TABLA II. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO.

#### Objetivos generales

1. Prevenir el maltrato infantil en la provincia de Salamanca.
2. Establecer vías de coordinación y comunicación entre todas las estructuras sociosanitarias de la provincia relacionadas con la atención al niño maltratado o en situación de riesgo.

#### Objetivos específicos

1. Concienciar a los pediatras y otros profesionales relacionados con la salud integral del niño sobre la importancia del problema del maltrato infantil.
2. Informar sobre indicadores de riesgo y signos de sospecha para la detección precoz del maltrato infantil.
3. Facilitar el aprovechamiento de las estructuras y programas de intervención para la atención precoz y coordinada del niño maltratado o en situación de riesgo.

## EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil aportar cifras fidedignas sobre la incidencia del maltrato en nuestro medio dado que no se detectan la mayoría de los casos y que muchos de los que se detectan no se notifican. En Estados Unidos se estima que en torno a 1.210/100.000 niños son víctimas de maltrato; el 63% de los casos corresponden a negligencias, el 17% a maltrato físico y el 9% a abuso sexual. En España la prevalencia de casos confirmados es mucho menor (70/100.000). El problema afecta a niños de todas las edades aunque el maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años; sobre todo entre los 12 y los 15<sup>(5)</sup>.

El maltrato infantil puede darse en familias de cualquier clase social y no es necesario un contexto de violencia mantenido para que se produzca; muchos niños quieren a sus padres a pesar de ser maltratados. Aunque está descrita una

mayor incidencia en familias desestructuradas y en presencia de desórdenes mentales, no está descrito un perfil específico del maltratador<sup>(6)</sup>. Sí que existen sin embargo características que parecen aparecer con cierta frecuencia; algunos ejemplos son la falta de habilidades sociales, la baja tolerancia a la frustración, los sentimientos de incompetencia como padres, la presencia de expectativas no realistas con los hijos o la percepción de la conducta de los hijos como algo estresante. Otros factores de riesgo descritos incluyen la presencia de dos o más hermanos, la violencia en la pareja, las madres solteras y las patologías crónicas o/y discapacidades en los niños<sup>(7)</sup>.

## MARCO LEGAL

En el artículo 154 del Código Civil se otorga a los progenitores la patria potestad de los hijos no emancipados. Se establece el deber de velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos y educarlos.

En el artículo 172 se establece que ante la circunstancia de que los padres por ausencia, incapacidad, ejercicio inadecuado o imposibilidad no puedan ejercer la patria potestad, los distintos organismos pueden y deben intervenir mediante:

1. La prevención y la reparación de situaciones de riesgo.
2. La asunción temporal de la Guarda del menor (acogida familiar o residencial) en las situaciones de riesgo.
3. La asunción de la Tutela (supresión de la patria potestad) en las situaciones de desamparo.

Otros artículos importantes se exponen a continuación:

### **Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia de Castilla y León.**

*ARTICULO 20. Derecho a la protección de la Salud.*

8. Los responsables y el personal de los servicios de salud, además de tener deber de comunicación y denuncia regulado en el artículo 46.2 de esta Ley, vienen también obligados a colaborar en la evitación y solución de las situaciones de desamparo o riesgo.

*ARTICULO 46. Deber de comunicación y denuncia.*

3. Esta obligación de comunicación y el deber de denuncia competen particularmente a los centros y servicios sociales, sanitarios y educativos y se extiende a todas las instituciones y entidades, tanto públicas como privadas, que tuvieran conocimiento de alguna de las situaciones señaladas para su relación con el menor, debiendo en tales casos realizarse la notificación de los hechos con carácter de urgencia.

### **Ley orgánica 1/1996 de 15 de enero de protección jurídica del menor (BOE 17.01.96).**

*ARTÍCULO 13. Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva.*

1. Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

3. Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva. En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor.

### **Decreto 131/2003, de 13 de noviembre, por el que se regula la acción de protección de los menores de edad en situaciones de riesgo o desamparo y los procedimientos para la adopción y ejecución de las medidas y actuaciones para llevarla a cabo.**

*ARTICULO 87.*

1. Cooperación con otros departamentos y servicios de la administración de la Comunidad Autónoma.

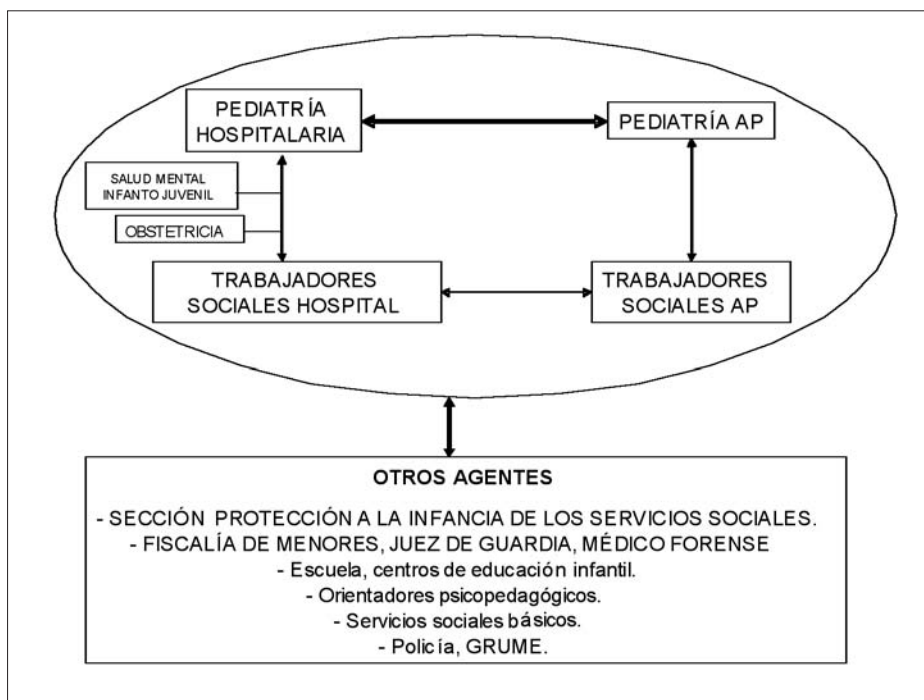
2. En atención a la particular implicación que en materia de colaboración en la acción de protección compete a los servicios sociales sanitarios y educativos, se dispondrán procedimientos e instrumentos específicos para ordenar una actuación conjunta, ágil y eficaz de sus respectivos profesionales, la disponibilidad de sus recursos y el intercambio de información sobre los casos.

## NEGLIGENCIA Y MALTRATO FÍSICO

Se define MALTRATO FÍSICO como cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores o de cualquier miembro del grupo que convive con el niño que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

En la NEGLIGENCIA las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

La función del pediatra y del personal de enfermería pediátrica no sólo consiste en el tratamiento médico de las lesiones producidas en casos de maltrato consumados; también en detectar actitudes o indicios razonables para sospechar maltrato o situaciones de riesgo e iniciar las vías de comunicación con todos los agentes que pueden inter-



**Figura 1.** Entramado social implicado en las acciones preventivas ante el maltrato infantil. AP: Atención primaria. GRUME: Grupo de Menores de las brigadas provinciales de policía.

venir sobre el niño y su entorno (Servicios Sociales, equipos de Atención Primaria, Pediatría hospitalaria, salud mental infantil...) para que se investigue el caso y se pongan los medios necesarios para resolver el problema (Fig. 1). Se pretende evitar que el daño se produzca o, en caso de que ya haya sucedido, que se repita o/y que afecte a otras personas del entorno del paciente.

Se debe intervenir ante toda sospecha (por pequeña que esta sea) de posible negligencia o maltrato; esto implica acciones sanitarias, sociales y, en los casos graves, legales. Es de gran relevancia la comunicación estrecha entre el hospital y los centros de atención primaria. Por ello, cualquier sospecha se debe poner en conocimiento de los trabajadores sociales del centro, su pediatra de atención primaria y los pediatras del hospital mediante contacto telefónico y la cumplimentación de la hoja de notificación establecida por la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León<sup>(2)</sup>. En los casos de maltrato grave o en los que se considere necesaria la atención urgente se pondrá además en conocimiento del juez de guardia mediante contacto telefónico y notificación por escrito mediante el parte de lesiones oficial correspondiente. En la figura 2 se expone de forma esquemática el protocolo de notificación ante un caso sospechoso de maltrato o una situación de riesgo.

### Anamnesis

La información que aporta el niño es fundamental; la historia debe ser recogida tanto de los padres como del niño

y hay que hacer un esfuerzo por no multiplicar las ocasiones en que la entrevista es realizada. A los adolescentes es preferible entrevistarlos solos.

Se debe realizar una historia detallada, objetiva y sin dirigir las respuestas del niño ni de sus familiares. Son preferibles las preguntas abiertas y es positivo reforzar al niño repitiendo lo que hemos comprendido mediante "preguntas eco"<sup>(6)</sup>. Se deben buscar posibles enfermedades de base que justifiquen lesiones sospechosas y datos en la historia que nos ayuden a explicar la causa de las mismas o a encontrar factores de riesgo de maltrato infantil en el ámbito socio-familiar del niño:

1. Antecedentes de traumatismos, ingresos, enfermedades crónicas, vacunación, desarrollo psicomotor, carácter del niño...
2. Antecedentes familiares de mayor frecuencia de hematomas, sangrado o fracturas. Enfermedades metabólicas o genéticas.
3. Historia gestacional (planeado, deseado, controlado...).
4. Ingesta de tóxicos en familiares o personas que habitan en la misma vivienda.
5. Preguntar por la causa de las lesiones. Algunas explicaciones que sugieren un origen intencionado de las mismas se recogen en la tabla III.

### Exploración física

Es importante entender que la experiencia de la exploración en un niño que ha sido maltratado puede ser vivi-

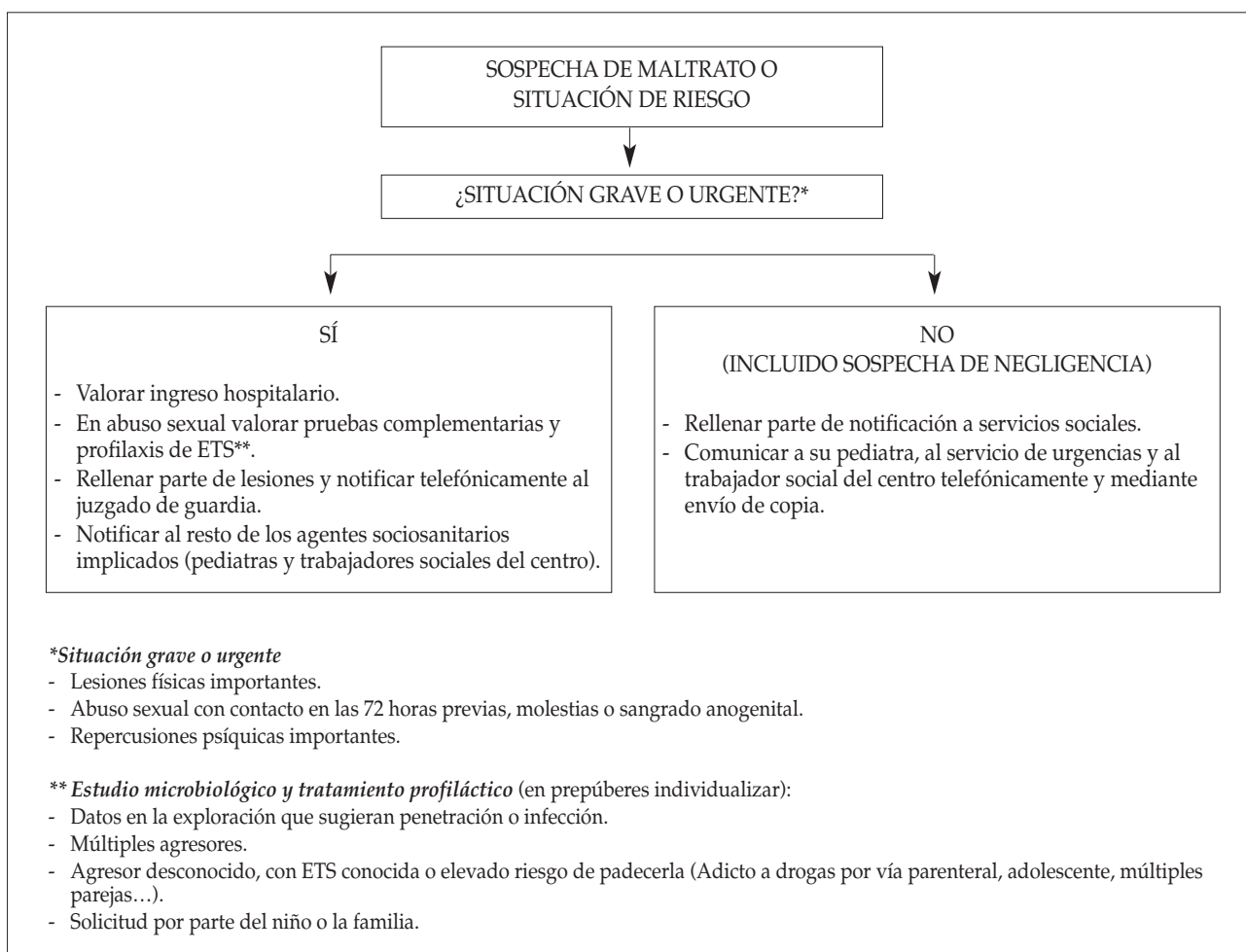


Figura 2. Protocolo de notificación ante situaciones de desamparo o maltrato infantil.

da como un acontecimiento traumático. Por ello, es necesario ser especialmente cuidadosos en la exploración de los niños cuando existe una sospecha de maltrato y evitar reexploraciones innecesarias. Se deben registrar los percentiles de peso y talla, desnudar al niño completamente y anotar (incluso fotografiar) todas las lesiones presentes. Es necesario palpar parrilla costal y extremidades en busca de posibles lesiones óseas o callos de fractura. Los hallazgos en la exploración que nos pueden hacer sospechar maltrato infantil en caso de historia compatible se exponen en la tabla III<sup>(6,9-11)</sup>.

### Exploraciones complementarias

Además de las pruebas específicas destinadas a diagnosticar lesiones o patología sospechada en función de la anamnesis y la exploración, en todo lactante menor de 2 años con sospecha de maltrato físico se debe realizar:

- TAC craneal para detectar posibles hematomas subdurales, subaracnoideos o lesiones intraparenquimatosas. En caso de presentar alteraciones en imagen inicial o clínica neurológica se recomienda valorar RM a los 3-5 días (incluyendo médula espinal cervical) ya que es más sensible para detectar sangrado subagudo y TAC de control a los 7-10 días<sup>(12)</sup>. Aunque la presencia de un hematoma subdural se ha relacionado con el síndrome del bebé agitado, no es patognomónica de neurotraumatismo no accidental<sup>(13)</sup>.
- Oftalmoscopia (por un oftalmólogo, con pupila dilatada): para detectar hemorragias retinianas. Deben ser dibujadas o fotografiadas. Estas lesiones no son patognomónicas pero sí muy sugerentes de maltrato infantil, sobre todo cuando son bilaterales y alcanzan la periferia<sup>(14)</sup>.
- Serie ósea (AP y L de tórax, oblicuas de costillas, AP de extremidades, AP y L de columna lumbosacra con pel-

TABLA III. HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE MALTRATO.

**Datos de la historia clínica sobre origen de las lesiones**

- Ausencia de una explicación o explicación vaga.
- Cambios en detalles importantes en sucesivos interrogatorios.
- Historias contradictorias de distintos informadores.
- Falta de consistencia entre la explicación y las lesiones que presenta el niño o su edad o/y sus capacidades.

**Marcadores conductuales**

*En el niño:*

- Baja autoestima, actitudes autodestructivas.
- Cambios súbitos de comportamiento o conductas extremas.
- Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.
- Conductas inapropiadas para su edad.

*En el cuidador:*

- Expectativas poco realistas con respecto al niño.
- Disciplina inapropiada para la edad del niño o la falta cometida.
- Culpa, desprecia o rechaza al niño.
- Actitud "a la defensiva.
- Retraso injustificado en solicitar atención médica o reacción inadecuada ante la gravedad de las lesiones del niño.
- Psicopatía, abuso de tóxicos.
- Frecuentemente ausente del hogar.

**Signos de negligencia o abandono**

- Falta de higiene, vestimenta inadecuada, signos de malnutrición, no vacunación según calendario...

**Hematomas**

- En bebés o niños sin movilidad independiente.
- Localizados fuera de prominencias óseas; en cara, pabellones auriculares, espalda, abdomen, brazos o nalgas.
- Hematomas múltiples agrupados o/y en distinto estadio evolutivo.
- Formas extrañas o que recuerden a un objeto con el que ha sido producida la agresión (dedos, hebilla, cable...). Señales de mordeduras (con separación mayor de 2 cm entre los caninos, que es el tamaño de un adulto).

**Quemaduras**

- Por inmersión: Bordes nítidos, ocupan todos los pies o nalgas, simétricas. No señales de salpicaduras.
- Por cigarrillos: Redondas, bordes nítidos (las accidentales suelen ser más ovaladas).

**Fracturas**

- En nariz, mandíbula, costillas (sobre todo arcos posteriores), espiroideas (excepto tibia en lactantes que comienzan la deambulación) o metafisarias de huesos largos.
- Múltiples, en distinto estado de cicatrización.
- Fracturas en niños menores de 2 años.

**Heridas**

- En parte posterior de extremidades o torso. Cortes o pinchazos.

**Lesiones internas**

- Hemorragias retinianas, asfixia, Hematoma subdural u otros hematomas internos...

vis y caderas, lateral cervical, AP y L de cráneo). La repetición del estudio a los 7-10 días puede encontrar fracturas ocultas no detectadas en las primeras imágenes<sup>(13)</sup>.

En niños mayores de 2 años discapacitados o en coma se valorará también realizar el estudio completo. En el resto de niños se tendrá en cuenta esta posibilidad en función de la clínica y la anamnesis.

Se debe realizar analítica con el fin de descartar otras posibles etiologías de las lesiones y encontrar datos que apoyen el diagnóstico: Hemograma, estudio de coagulación, perfil hepático, amilasa y CK. Se obtendrá muestra de orina para detectar sangre oculta y se solicitarán niveles de tóxicos y medicamentos en niños con síntomas neurológicos inexplicados.

**Prevención**

El objetivo principal de este protocolo es conseguir que el tratamiento del maltrato infantil se fundamente en la prevención.

La prevención primaria se basa en la intervención socio-cultural y la educación para la salud; el pediatra puede actuar a este nivel proporcionando refuerzos positivos a los padres y enseñándoles cómo atender las distintas etapas evolutivas del niño así como favoreciendo que busquen ayuda si lo necesitan.

La prevención secundaria consiste en la detección precoz de situaciones de riesgo y la presencia de negligencia o lesiones leves para evitar los casos con lesiones físicas o psicológicas importantes. Para este tipo de intervención el pediatra de atención primaria tiene una posición privilegiada pero también es de gran importancia la comunicación estrecha con el hospital para que en ambos lugares se conozca el caso y se sepa cuándo y porqué ha sido atendido el niño. El instrumento fundamental para la prevención secundaria es la notificación a los servicios sociales que son los que tienen los conocimientos y las herramientas adecuadas para intervenir directamente en el entorno social y familiar del niño.

Siempre, además de tratar las lesiones que lo requieran, se debe notificar el caso según proceda. El ingreso hospitalario se valorará si la gravedad de las lesiones lo indica y, en general, siempre que se considere necesario para la protección del niño.

## ABUSO SEXUAL

### Definición

Cualquier clase de contacto sexual con un menor de edad, o su utilización directa como objeto de estimulación sexual, cuando no haya alcanzado la edad y la madurez para consentirlo o, si alcanzadas ambas, se aprovecha una posición de superioridad, ascendencia, poder o autoridad, o se utiliza el engaño para obtener su consentimiento, así como, en todo caso, siempre que sobre él se use la violencia o la amenaza con aquellos propósitos.

### Anamnesis

Se deben tener en cuenta las premisas ya expuestas en el maltrato físico. Hay que recordar que a los adolescentes es preferible entrevistarlos solos, especialmente si se trata de un posible abuso sexual. En este caso, se les debe preguntar sobre relaciones sexuales previas y si se emplearon o no métodos de barrera, cuándo fue la última relación y, en el caso de las niñas, la historia menstrual.

El abuso sexual puede detectarse porque el paciente o los familiares lo declaren pero también debe sospecharse cuando confluyen diversos indicadores que se exponen en la tabla IV.

### Exploración física

En caso de sospecha de abusos sexuales con contacto sexual en las 72 horas previas o si el niño presenta molestias o/y sangrado ano-genital se debe llamar al forense sin explorar al paciente hasta que llegue (salvo sospecha de lesiones que requieran atención inmediata). Él será el encargado de realizar la exploración física de urgencia y de recoger las muestras necesarias<sup>(15)</sup>. Si ha pasado más tiempo, no existen lesiones agudas, no ha habido contacto físico o este es dudoso se remitirá al niño a su pediatra o a la consulta de pediatría general del hospital de forma urgente para que se complete el estudio.

La valoración de los hallazgos en la exploración debe ser cautelosa y siempre se debe considerar la concordancia de las lesiones con los abusos referidos por el niño. Hay que tener en cuenta también que en distintos estudios se ha demostrado que sólo un pequeño porcentaje de niños evaluados por

**TABLA IV.** HALLAZGOS FÍSICOS Y PSÍQUICOS RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL.

#### Indicadores físicos

- Dolor, prurito, sangrado o supuración vulvar o anal.
- Disuria, polaquiuria.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Embarazo.

#### Indicadores psicossomáticos

- Encopresis o/y enuresis.
- Dolor abdominal recurrente, migraña.
- Quejas múltiples y vagas.
- Rechazo a acudir al colegio.

#### Indicadores comportamentales

- Cambios de comportamiento, depresión, ansiedad.
- Trastornos del aprendizaje, el sueño o la conducta alimentaria.
- Promiscuidad, conducta sexualizada.
- Delincuencia, consumo de tóxicos.

sospecha de abuso sexual presentan lesiones en la exploración ano-genital<sup>(16)</sup>. Algunas lesiones que en los adultos son consideradas infecciones de transmisión sexual como las lesiones ano-genitales por papilomavirus humano (HPV) en niños, principalmente en edad prepuberal, pueden con frecuencia transmitirse por otras vías. Por ello, ante estas lesiones se debe valorar con cautela la posibilidad de abuso<sup>(17,18)</sup>. Siempre que el niño o/y el cuidador no aporten una causa accidental plausible, se puede considerar como muy sugestiva de abuso sexual la presencia de uno o varios de los siguientes<sup>(19)</sup>:

1. Laceraciones, hematomas o cicatrices en labios, pene, escroto, zona perineal.
2. Laceraciones o equimosis en el himen. Ausencia de algún fragmento.
3. Embarazo.
4. Presencia de esperma en muestra obtenida directamente del cuerpo del niño.
5. Diagnósticos confirmados de gonorrea, sífilis, Trichomona, Chlamidia o VIH sin antecedentes de otra posible vía de infección.

#### Estudios de laboratorio

Se debe realizar test de embarazo en sangre y orina a toda postpúber con signos de penetración. Los estudios para descartar enfermedades de transmisión sexual (ETS) están indicados en los siguientes casos<sup>(15,20)</sup>:

- Datos en la exploración que sugieran penetración o infección.
- Múltiples agresores.

TABLA V. FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO ANTE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH.

Edad	Fármacos	Dosis	
< 13 años	Zidovudina	180 mg/m <sup>2</sup> /12 h	
	Lamivudina	4 mg/kg/12 h	
	Kaletra® (Lopinavir/ritonavir)	7 a < 15 kg	: 12 mg/kg LPV/3 mg/kg RTV/12 h
		15 a 40 kg	: 10 mg/kg LPV/2,5 mg/kg RTV/12 h
> 40 kg	:	400 mg LPV/100 mg RTV(2 comp ó 5 ml)/12 h	
> 13 años	Combivir® (Lamivudina/zidovudina)	1 comp/12 h	
(> 40 kg)	Kaletra Meltrex® (Lopinavir/ritonavir)	2 comp ó 5 ml/12 horas	

- Agresor desconocido, con ETS conocida o elevado riesgo de padecerla (Adicto a drogas por vía parenteral, adolescente, múltiples parejas...).
- Solicitud por parte del niño o la familia.  
En caso de que estén indicadas se obtendrán las siguientes muestras:
  - SEROLOGÍAS: Sífilis, VIH y Hepatitis B. En el momento de la agresión y al mes después, con objeto de observar seroconversiones. Se deben confirmar los resultados con controles a los 3, a los 6 y a los 12 meses.
  - CULTIVOS Y FROTIS DE SECRECIONES: En el momento de la atención al niño se procederá a la toma de muestra por el medico forense. Se realizará una toma vaginal o/y anal con hisopo con medio de transporte. En caso necesario se pueden almacenar a temperatura ambiente hasta que las estudie el microbiólogo. Para descartar *Chlamydia* la muestra no debe ser vaginal si no que es necesaria una muestra cervical de las células del epitelio (limpiar bien secreciones previa a recogida de muestra) tomada con hisopo seco de "Dacron". En todos los casos debe repetirse el estudio a los 15-20 días de la agresión ya que si ésta está próxima en el tiempo es fácil que no se hagan positivos los cultivos. En el volante que acompañe a las muestras se expondrá que se trata de una sospecha de agresión sexual y el tiempo transcurridos desde la misma.

### Tratamiento

Se deben notificar todos los casos (Fig. 2). Además, hay que valorar la necesidad de profilaxis para enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las guías clínicas publicadas hasta este momento no recomiendan el tratamiento profiláctico de rutina en la edad pediátrica. Sólo en casos de elevado riesgo o en caso de que la familia lo solicite se valorará el tratamiento tras haber recogido todas las muestras. En caso de los adolescentes (y adultos) se debe administrar profilaxis para ETS en los mismos supuestos que cuando están indi-

cadas las pruebas complementarias para su diagnóstico<sup>(21)</sup>. Se deben administrar todos los siguientes fármacos:

- Gonococo: CEFTRIAXONA 125 mg (im) o cefixima 8 mg/kg oral (máx 400 mg). Dosis única.
- Chlamydia trachomatis: AZITROMICINA 20 mg/kg (max 1g). dosis única.
- Trichomonas vaginalis y vaginosis bacteriana: METRONIDAZOL 15 mg/kg/d, 7 días en niños. 2g (VO) dosis única en adolescentes.
- VHB: Vacuna en pacientes no inmunizados.
- VIH: La profilaxis postexposición es un tema controvertido en los casos de abuso sexual. En el momento en que se escribe este protocolo no hay evidencia científica sobre su utilidad. Sin embargo, se sigue recomendando iniciar la triple terapia cuanto antes en las primeras 72 horas postexposición (mejor en las primeras 6 horas) en caso de que exista certeza o riesgo de que el agresor sea VIH positivo. Si se decide iniciar el tratamiento (dosis y pauta en tabla V), debe explicarse a los padres los riesgos y beneficios del tratamiento y se recomienda solicitar un consentimiento informado. La medicación debe administrarse durante 28 días y el niño debe ser derivado a la consulta del especialista en VIH/SIDA del hospital para su seguimiento de forma preferente<sup>(22,23)</sup>.

### SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

El síndrome de Munchausen por poderes es una forma compleja y poco frecuente de maltrato físico infantil pero con importante riesgo vital para el paciente. Se produce en aquellas situaciones en las que un niño recibe atención médica innecesaria y dañina o potencialmente dañina como consecuencia directa de los actos de su cuidador. Los síntomas son inventados, imaginados o provocados lo que hace que sean difíciles de detectar (en los dos primeros casos) o inconsistentes (en el tercero).



El diagnóstico de esta forma de maltrato es muy complicado. Siempre que se sospeche debe investigarse intensamente esta posibilidad y ser cuidadoso a la hora de realizar pruebas diagnósticas o de tomar decisiones terapéuticas potencialmente dañinas para el niño. El abordaje debe ser multidisciplinar y es fundamental la cooperación entre enfermería y pediatría tanto de Atención Primaria como del Hospital. Se debe recoger la historia médica completa del niño, valorar ingreso hospitalario para monitorizar la presencia de los síntomas referidos y vigilar la posibilidad de que sean provocados.

Algunos signos de alerta son<sup>(24,25)</sup>:

- Enfermedades recurrentes.
- Discordancia entre los signos y síntomas y aparición de los mismos fuera del alcance de los médicos.
- Ausencia de relación entre los detalles de la historia del presunto enfermo y los diagnósticos.
- Relativa tranquilidad de los padres ante la incertidumbre del diagnóstico.
- Insistencia en realizar pruebas y exámenes que conlleven riesgo.
- Convulsiones que no ceden al tratamiento habitual.
- Antecedentes de rasgos psicopatológicos en la familia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina del alto comisionado para los derechos humanos de la ONU. Convención sobre los derechos del niño. Septiembre 1990. [consultado 20/4/2008]. Disponible en: [www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc\\_sp.htm](http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm).
2. Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Guía 1. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar social. Gerencia de Servicios sociales de Castilla y León. 1998.
3. Pou I Fernández J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría (Urgencias). [consultado 20/4/2008] Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/urgencias/index.htm>.
4. Suárez Saavedra J, Rodríguez Suárez J. Maltrato infantil. *Bol Pediat* 2006; 46(Supl.1): 119-124.
5. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Observatorio Infancia. Editado por Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Octubre 2006. Disponible en: <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pdf>.
6. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007; 369: 1891-9.
7. Wu SS, Ma CX, Carter RL, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl*. 2004; 28: 1253-1264.
8. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(10 Suppl): 375-565.
9. Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007; 119(6): 1232-41.
10. McDonald KC. Child abuse: approach and management. *Am Fam Physician*. 2007; 75(2): 221-8.
11. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2005; 90(2): 182.
12. Kemp AM, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp KW, Rolfe K, Sibert JR, Maguire S. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? *Clin Radiol*. 2006; 61(9): 723-36.
13. Jaspan T, Griffiths PD, McConachie NS, Punt JA. Neuroimaging for non-accidental head injury in childhood: a proposed protocol. *Clin Radiol*. 2003; 58(1): 44-53.
14. Adams G et al. Update from the ophthalmology Child Abuse Working Party: Royal College Ophthalmologists. *Eye*. 2004; 18: 795-798.
15. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005; 116(2): 506-12.
16. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*. 1994; 94: 310-317.
17. Thomas A, Forster G, Robinson A, Rogstad K. Clinical Effectiveness Group Association of Genitourinary Medicine; Medical Society for the Study of Venereal Diseases. National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Arch Dis Child*. 2003; 88(4): 303-11.
18. Reading R, Rannan-Eliya Y. Evidence for sexual transmission of genital herpes in children. *Arch Dis Child*. 2007; 92(7): 608-13.
19. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007; 20(3): 163-72.
20. Atabaki S, Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child: Lessons from a decade of research. *Pediatrics*. 1999; 104: 178-186.
21. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexual assault and STDs. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55(RR-11): 80-6. Disponible en: [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=9688](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9688).
22. Grupo de consenso español sobre profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(8): 391-400.
23. Roland ME. Postexposure prophylaxis alter sexual exposure to HIV. *Curr Opin Infect Dis* 2007; 20: 39-46.
24. Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007; 119(5): 1026-30.
25. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr*. 2005; 17(2): 252-7.