

Protocolos de Pediatría Social

Maltrato infantil

S. SUÁREZ SAAVEDRA, J. RODRÍGUEZ SUÁREZ

Hospital Universitario Central de Asturias. Departamento de Pediatría. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

MALTRATO INFANTIL

El concepto de maltrato infantil ha ido evolucionando con el tiempo en un intento de englobar todos los aspectos relacionados con el desarrollo del niño. Puede definirse como aquella acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. Así se distinguen varios tipos de maltrato, que no son excluyentes entre sí y pueden aparecer simultáneamente en un mismo niño:

- Maltrato físico (daño físico o enfermedad);
- Negligencia o abandono (omisión de las acciones necesarias en alimentación, vestimenta, higiene, educación, atención sanitaria, supervisión, vigilancia y seguridad en el hogar, etc);
- Abuso sexual (voyeurismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración, incesto, así como la inducción a la prostitución o la producción de materiales pornográficos por parte de un familiar);
- Maltrato emocional (activo, pasivo o inducción en los menores de comportamientos antisociales).

Además, también cabe distinguir otras formas como son la explotación laboral, el maltrato prenatal, el síndrome de Münchhausen por poderes, la corrupción, el maltrato institucional, etc.

La incidencia real del maltrato infantil es muy difícil de determinar, ya que la mayoría de las veces sólo se detectan los casos más graves y se supone que el número de denuncias es bajo. Estudios epidemiológicos en los años 90 estimaron que la prevalencia en España estaba en torno a 7 niños maltratados por cada 10.000 menores de 18 años. En nuestro ámbito, Asturias ocuparía el tercer lugar de España, con aproximadamente 11 casos por 10.000 niños, Castilla y León tendría 7 por 10.000, mientras que Cantabria presentaría las cifras más bajas de todo el país con algo más de 2 por 10.000. Respecto a los tipos de maltrato, la negligencia es el tipo más frecuente (86,4%), seguido del abuso emocional y el maltrato físico.

Con respecto al ámbito sanitario se suelen diagnosticar solamente los casos de malos tratos físicos graves, por ser la forma más evidente, aunque la menos frecuente, siendo el hospital seguido del centro de atención primaria los principales lugares de detección. De cualquier manera, los profesionales sanitarios juegan un papel muy importante en la detección, intervención y prevención del maltrato infantil. Por ello, se están desarrollando cada vez más programas para aumentar el grado de formación y sensibilización de los profesionales del sistema sanitario y atender adecuadamente todos sus aspectos. No obstante, el abordaje del problema del niño maltratado requiere la participación de equipos especializados en los que colaboran profesionales de los distintos ámbitos relacionados con la infancia.

Correspondencia: Julián Rodríguez Suárez. Pza Primo de Rivera 1, 3ª pta 17. 33001 Oviedo (Asturias).
Correo electrónico: julian.rodriguez@sescast.es

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/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. FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL EN DIFERENTES NIVELES DE RELACIÓN

Relacionados con el niño	Relacionados con los padres	Relacionados con la familia	Relacionados con el entorno social
<ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad - Discapacidad - Retraso escolar o psicomotor - No deseado 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestación no deseada - Madre adolescente o soltera o con malas relaciones con la pareja - Alcoholismo o drogadicción - Problemas de relación - Enfermedades psiquiátricas o crónicas - Exposición temprana a la violencia o maltrato en su infancia - Escasas habilidades como padres 	<ul style="list-style-type: none"> - Tamaño - Aislamiento social - Altos niveles de estrés - Historia familiar de violencia doméstica 	<ul style="list-style-type: none"> - Malas condiciones de las viviendas - Valor disminuido del niño (minorías, discapacitados...) - Normas culturales - Paro laboral - Desigualdad social - Alta aceptación social de violencia - Delincuencia - Marginación

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Dado que en muchas ocasiones puede presentarse bajo el aspecto de una consulta rutinaria, el médico debe mantener un alto índice de sospecha, planteándolo como diagnóstico diferencial ante niños con cuadros clínicos compatibles (traumatismos, quemaduras, descuido en los cuidados, problemas de salud, etc.) que no tienen una causa evidente.

El diagnóstico se basa en la reunión de varias fuentes de datos, como la anamnesis, la observación de la interacción con los padres, los datos sociales, el examen físico y los exámenes complementarios oportunos. Además, es importante tener en cuenta una serie de factores de riesgo que suelen ser frecuentes en los casos confirmados de maltrato infantil (Tabla I).

Anamnesis

La anamnesis es, sin duda, uno de los pilares más importantes para valorar el posible maltrato. Se deben obtener los antecedentes necesarios del niño y de quienes lo cuidan. La entrevista con los padres se realizará en privado asegurando la confidencialidad, con calma, en un lenguaje comprensible y con objetividad, sin dirigir las respuestas ni juzgar. En el caso concreto del abuso sexual puede ser la única prueba a nuestro alcance y debe realizarla la persona con más experiencia, procurando no duplicar entrevistas. Se debe de establecer un clima de confianza con el niño para que pueda explicar lo ocurrido libremente, con actitud de escucha y procurando transcribir literalmente las palabras utilizadas por el niño.

Asimismo en la entrevista es aconsejable tener en cuenta una serie de características de conducta que suelen ser frecuentes en los casos confirmados de maltrato infantil (Tabla II).

Exploración física

La exploración física ha de ser completa y cuidadosa. Como en todos los exámenes pediátricos se deben incluir los parámetros de crecimiento, sobre todo en aquellos casos en los que se sospeche abandono, dado la frecuencia de fallo de medro en estos casos. Se deben buscar lesiones en la piel y mucosas y también, sobre todo en los casos de sospecha de abuso sexual, en los genitales y el ano. Es recomendable hacer una descripción lo más precisa posible de las lesiones observadas.

Lesiones en la piel

Son las lesiones que encontramos más frecuentemente en el maltrato físico. Pueden incluirse los hematomas, las mordeduras, las quemaduras y las pérdidas de pelo. Las contusiones que corresponden a lesiones fortuitas se suelen observar en extremidades, en la frente y en general en áreas prominentes (barbilla, frente, codos, rodillas...). Sin embargo, los hematomas en los casos de maltrato se observan en zonas más centrales, como los glúteos, la zonas proximales de brazos y piernas, mejillas, orejas, etc. Además es habitual encontrar lesiones en diferentes estadios evolutivos y en ocasiones con formas que reproducen algún objeto. Por ello, es importante describir el aspecto, número, tamaño, localización y color e intentar deducir el tiempo de evolución (Tabla III).

TABLA II. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES FRECUENTES EN LOS CASOS CONFIRMADOS DE MALTRATO INFANTIL

En el niño	En sus cuidadores
– Actitud temerosa	– Actitud “a la defensiva”
– Sentimientos de culpa	– Afecto inadecuado
– Baja autoestima	– Versiones contradictorias
– Actitud autodestructiva	– Expectativas poco realistas respecto al niño
– Cambios súbitos de comportamiento	– Retraso injustificado en solicitar asistencia médica
	– Explicación no compatible con los datos de la exploración física
	– Reacción incorrecta ante la gravedad de las lesiones

Las quemaduras resultan sospechosas cuando se producen en zonas cubiertas, no se explican por el mecanismo aducido por la familia, se observa descuido en el cuidado del niño y existe retraso en solicitar asistencia médica. Habitualmente se producen por inmersión o escaldadura (contacto de líquido caliente con la piel). La extensión de las lesiones depende de la temperatura del líquido (el agua a 54°C o más causa quemaduras importantes con menos de 30 segundos de exposición), la duración de la exposición, de la presencia o ausencia de ropa, etc. Se distinguen de las accidentales en que tienen los bordes nítidos sin observarse las lesiones típicas de las salpicaduras y en su mayor profundidad por un mayor tiempo de contacto con la piel. El contacto con un objeto incandescente suele dejar marcas que sugieren el objeto utilizado (plancha, utensilios de cocina, etc.). Entre las más frecuentes se encuentran las producidas por cigarrillos, que son circulares y bien circunscritas con excavación profunda al no permitirse el reflejo de retirada.

Lesiones óseas

El esqueleto es también frecuentemente traumatizado cuando hay maltrato físico. Se sospechará siempre que exista incongruencia con la historia clínica o con el desarrollo psicomotor del niño. También la localización de las fracturas es importante en la identificación del mismo. Así, las fracturas en espiral de huesos largos (sobre todo en menores de 3 años), las fracturas costales, las fracturas en nariz y mandíbula, las que afectan a metáfisis de huesos largos, las que están en diferentes estadios, son más sugerentes de maltrato. Por otro lado, la antigüedad de la fractura se puede estimar por la cantidad de callo de fractura (tarda 8-10 días en formarse) y remodelación observadas en la radiografía (varios meses).

TABLA III. COLOR DE LAS CONTUSIONES SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Tiempo de evolución	Color
Inmediato (<1 día)	Negruzco, azul oscuro
1-5 días	Rojo, violáceo
5-7 días	Rojo púrpura
7-10 días	Verdoso
2- 4 semanas	Amarillento

Traumatismos craneales

Las lesiones del sistema nervioso central son la principal causa de muerte en los niños maltratados. La extensión y gravedad del traumatismo dependerá de la fuerza del golpe, de la superficie de contacto y de la edad del niño. Las lesiones varían desde desgarros del cuero cabelludo hasta traumatismos complejos con fracturas múltiples y lesiones intracraneales. Una mención especial merece el síndrome del niño sacudido (*shaken baby syndrome*). Se producen por sacudidas bruscas del niño (habitualmente lactante) lo que le provoca hemorragias retinianas y a veces signos neurológicos por hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea. También puede asociar lesiones de vértebras cervicales y medulares.

Otras lesiones

Las lesiones del sistema gastrointestinal (lesiones de vísceras huecas, laceración hepática, etc.), así como las del cardiopulmonar (contusión pulmonar, neumotórax, hemotórax, taponamiento cardíaco) son raras pero graves.

Abuso sexual

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre, en el relato del niño. El niño que cuenta detalla-

damente una historia clara de encuentro sexual con otra persona, manifiesta específicamente un comportamiento y debe ser tenido en cuenta. Las manifestaciones clínicas pueden deberse a un hecho aislado o a una forma de abuso reiterado, dependiendo de la edad del niño y de su madurez. La exploración física debe ser realizada en el marco de una exploración general, en un ambiente tranquilo, incluyendo la región anogenital y la orofaringe, evitando, en la medida de lo posible, exploraciones repetidas. De ahí que se deba realizar desde el inicio por personal cualificado. En ocasiones, si la exploración pudiera resultar muy traumática para el niño, podría ser suficiente una historia clara y detallada. Cuando el abuso alegado ha ocurrido en los últimos tres días, el examen debe realizarse inmediatamente. Las lesiones agudas en los genitales que se pueden observar en las niñas son laceraciones, hematomas, escotaduras y desgarros en el borde himeneal, apertura himeneal agrandada, cicatrices en la horquilla posterior, secreción patológica, etc. Los niños raramente presentan lesiones en los genitales. La presencia de fisuras o cicatrices anales y la dilatación anal mayor de 15-20 mm debe también ser anotada.

Exámenes complementarios

La realización de exámenes complementarios nos permitirá descartar otras patologías que nos expliquen los hallazgos clínicos, establecer una prueba diagnóstica y prevenir patología posterior. Algunos de los posibles diagnósticos diferenciales de los diferentes tipos de lesiones observadas en el maltrato infantil se exponen en la Tabla IV. En el caso concreto de sospecha de abuso sexual debe tenerse en cuenta una lesión accidental, un problema médico de otra etiología e incluso una falsa alegación, a veces inventada por la madre o por los dos padres.

Los exámenes complementarios a realizar vendrán determinadas por la anamnesis y la exploración física.

Pruebas de laboratorio

- **Hemograma, bioquímica** (CPK y transaminasas), **coagulación, análisis de orina.**
- **En caso de abuso sexual:** cultivos de secreciones a nivel oral, genital y anal. La realización de serologías (virus hepatitis B, VIH, otras enfermedades de transmisión sexual) y el test de embarazo se realizarán en casos selec-

cionados. Si la anamnesis o los hallazgos clínicos son muy sugestivos de agresión sexual, especialmente si se puede haber transmitido fluidos corporales, se debe recoger evidencia forense. La detección de semen, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* o VIH indica contacto sexual cierto.

Pruebas de imagen

- **Radiografía simple ósea.** Es el método de elección para buscar lesiones óseas. La serie esquelética completa es obligada en menores de 2 años (sospechar maltrato siempre ante fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos).
- **Scan óseo isotópico.** Útil si hay sospecha de lesión ósea y las radiografías son poco concluyentes
- **TC,** para valorar existencia de hematoma subdural u otras lesiones intracraneales. Se usa inicialmente también en los casos de sospecha de niño sacudido. En ocasiones resulta útil la resonancia magnética para casos de más larga evolución y la ecografía transfontanelar, aunque su negatividad no excluye la existencia de lesiones.

Otras

- **Fondo de ojo.** En menores de 3 años con hemorragias retinianas en ausencia de otra patología es muy sugerente de maltrato, de ahí que se considere una prueba necesaria a esta edad. En ocasiones es posible datar las lesiones.
- **Niveles de tóxicos y medicamentos,** en aquellos niños con síntomas neurológicos inexplicados

ACTITUD

Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo y, en muchas ocasiones, secuelas psicológicas, lo que justifica la importancia de una detección precoz para una adecuada intervención. Se puede decir que el reconocimiento del problema por parte de los diferentes colectivos profesionales que pueden estar implicados es el primer paso en la actuación ante el maltrato infantil.

Una vez identificado un posible caso de maltrato de debe notificar. La notificación es una obligación legal y profesional y no sólo deben notificarse los casos graves, sino también los leves o de sospecha y las situaciones de riesgo. Es

TABLA IV. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN EL TIPO DE LESIÓN OBSERVADO EN LA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL

Hematomas y contusiones	Lesiones óseas	Lesiones intracraneales	Quemaduras
<ul style="list-style-type: none"> - Hemofilia - Enfermedad de von Willebrand - Enfermedad hepática - Púrpura trombocitopénica idiopática - Vasculitis - Accidentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Osteogénesis imperfecta - Raquitismo - Neoplasia - Osteomielitis - Hiperostosis cortical - Hipofosfatasa - Enfermedad de Menkes - Accidentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Enfermedad de Menkes - Malformaciones - Accidental 	<ul style="list-style-type: none"> - Impétigo bulloso - Dermatitis exfoliativa estafilocócica - Herpes - Dermatitis de contacto - Epidermolisis tóxica - Accidentales

esencial contar con un modelo de notificación, así como establecer un protocolo institucional para el manejo de los casos de maltrato infantil. La notificación debe hacerse siempre a los servicios sociales y deberá comunicarse a las instituciones con competencias en la protección infantil que se consideren necesarias (Juez de Guardia, Fiscal de Menores, Grupos especiales de la Policía, etc.). Cuando se detecten en el ámbito sanitario, los informes médicos que se elaboren deben ser lo más detallados posibles teniendo en cuenta el desconocimiento por parte de los receptores (jueces, asistentes sociales) de la terminología médica. Se deberían adjuntar fotografías en color en los casos de lesiones físicas. Son casos judiciales aquellos en los que se observa un posible delito, remitiendo un parte de lesiones al juez de guardia y notificándolo también a los servicios sociales.

La intervención en los diferentes tipos de maltrato implica acciones tanto sanitarias como sociales y en los casos graves se añadirán también acciones legales. Las medidas en estos casos graves incluyen parte de lesiones y notificaciones al Juzgado y a los Servicios de Protección del Menor. En los casos no graves, dudosos o sospechosos se puede realizar un seguimiento conjunto con los Servicios Sociales, con la familia y el menor en su lugar de residencia. Es deseable una coordinación con los servicios sociales de la zona, respetando las respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones colegiadas y realizando informes periódicos del estado de salud física del niño. Respecto a la atención clínica de las lesiones no difiere de las equivalentes por otras causas, por lo que en cuanto al tratamiento exclusivamente médico - quirúrgico no existen diferencias. Además, las acciones desde el ámbito sanitario comprenden medidas protectoras en caso de sos-

pecha de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades infecto contagiosas o lesiones físicas, controles serológicos de enfermedades de transmisión sexual...) y medidas para asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental infanto-juvenil. El ingreso hospitalario estará indicado en aquellas situaciones de alto riesgo, tanto por la naturaleza de las lesiones como para garantizar la seguridad y protección del menor. En el caso de negativa de los padres o responsables del niño al ingreso indicado, se puede solicitar con urgencia el permiso al Juzgado para retirar transitoriamente la tutela. Además del supuesto anterior, la hospitalización del niño puede ser en algunos casos muy seleccionados un medio diagnóstico y terapéutico, ya que observaremos el comportamiento de los padres con el niño. No obstante, esta medida debería evitarse en la medida de lo posible dado que se priva al niño de sus principales figuras de apego (madre, hermanos, amigos, ambiente escolar...). Hay que tener en cuenta también la intervención o asesoramiento para los padres en las diferentes situaciones. En el caso concreto de abuso sexual se debe actuar en tres frentes: 1. proporcionar al niño atención médica adecuada; 2. denunciar ante los servicios de protección, y 3. asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia.

En resumen, la complejidad de este problema requiere soluciones que no pueden ser abordadas desde un solo ámbito de actuación. La intervención y tratamiento debe contemplar las medidas sanitarias sociales y legales durante los momentos evolutivos de los niños maltratados. Por ello es necesaria la implicación de todas las instituciones y de los profesionales que atienden desde una u otra área a la infan-

cia y a la familia, para coordinar esfuerzos tanto en su atención como en su prevención. Sin duda, la prevención del maltrato infantil es la intervención más eficaz que podemos realizar y afecta a toda la sociedad, siendo múltiples las acciones que se pueden seguir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Niños maltratados. El papel del pediatra. *An Esp Pediatr* 2000; **52**: 548-553.
2. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Maltrato infantil. Registro de casos detectados desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. *Bol Epidemiol Comunidad de Madrid* 2001; **12**(7): 30-40.
3. Ludwig S. Child abuse. En Fleisher G, Ludwig S, Heuretig F, Ruddy RM and Silverman B (eds). *Textbook of pediatric emergency medicine* 5ª ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 1761-1801.
4. Nancy Kellogg and the Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005; **116**: 506-512.
5. Pou i Fernández J. Maltrato Infantil. Actuación en Urgencias. En: Asociación Española de Pediatría (ed). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Reumatología. Urgencias*. 2002, p. 109-115.
6. Redondo Figueru C y Ortiz Otero MR. El abuso sexual infantil. *Bol Pediatr* 2005; **45**: 3-16.
7. Sánchez Etxaniz J. El niño maltratado. En: Benito J, Luaces C, Mintegui S, Pou J eds. *Tratado de Urgencias de Pediatría*. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2005. p. 760-71.
8. Sirotnak AP, Grigsby T, Krugman RD. Physical abuse of children. *Pediatr Rev* 2004; **25**: 264-77.
9. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. *PrevInfad (AEPap)/ PAPPS infancia y adolescencia*. Abril 2005. [Consultado 30-7-2005]. Disponible en: <http://www.uv.es/previnfad/Maltrato.htm>.