

El niño hospitalizado por malos tratos y abandono. Protección del menor ingresado y promoción del buen trato

AUTORES

Marta Simó Nebot

Servicio de Pediatría. Unidad Funcional de Abusos al Menor (UFAM). Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat Barcelona.

Queralt Soler Campins

Servicio de Pediatría. Consorcio Sanitario Hospital de Terrassa. Barcelona.

Gloria Estopiñá Ferrer

Servicio de Pediatría. Consorcio Sanitario Hospital de Terrassa. Barcelona.

Pedro J Alcalá Minagorre

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Marta Simó Nebot

Email: msimo@sjdhospitalbarcelona.org

FECHA DE PUBLICACIÓN

Febrero 2018

FECHA DE REVISIÓN

Septiembre 2021

“Todas las familias felices se parecen unas a otras; pero cada familia infeliz tiene un motivo especial para sentirse desgraciada.” Inicio de Anna Karenina, de Liev Tolstói.

Resumen

Las situaciones de maltrato, en todas sus formas, constituyen un grave problema de salud y un difícil reto para el pediatra que asiste a estos pacientes. Con frecuencia los malos tratos son encubiertos por los cuidadores, y pueden adoptar manifestaciones inespecíficas o sutiles en las víctimas, que pueden pasar inadvertidas para el pediatra que no las busca o desconoce. En este capítulo se aportan recursos para facilitar su identificación y las pautas de actuación, determinadas por la gravedad y riesgo de la situación. También se hace referencia al maltrato en situaciones de enfermedad crónica y discapacidad, el maltrato institucional y la promoción del buen trato en el entorno hospitalario.

Palabras clave: Maltrato, abandono, abuso sexual, maltrato institucional.

Abstract

All forms of abuse constitute a serious health problem and a difficult challenge for the pediatrician who assists these patients. Abuse is often covered up by caregivers, and it can presents nonspecific or subtle manifestations in the victims, wich could be undetected by the pediatrician. This chapter provides resources to facilitate their identification and guidelines for action, determined by the severity and risk of the situation. In addition, there are references to specific situations, as chronic illness and disability, institutional abuse and the promotion of good practices in the hospital environment. aimed at minimizing potential medication errors in this vulnerable age group.

Key words: Child abuse, neglect, sexual abuse, institutional abuse.

Estructura

1. [Concepto e implicaciones para el pediatra hospitalario](#)
2. [Marco jurídico](#)
3. [Tipos de maltrato. Magnitud del problema \(dimensión actual\)](#)
4. [Situaciones de riesgo](#)
5. [Manifestaciones \(historia clínica, exploración, indicadores\)](#)
6. [Malos tratos, enfermedad crónica y discapacidad](#)
7. [Malos tratos institucionales](#)
8. [Pautas de actuación](#)
9. [Elementos de mejora](#)
10. [Recursos útiles](#)
11. [Referencias bibliográficas](#)

1. Concepto e implicaciones para el pediatra hospitalario.

Los niños y adolescentes presentan necesidades físicas, materiales y afectivas por parte de su familia y cuidadores, además de las instituciones sociales que participan en su cuidado. Lamentablemente para muchos niños no resulta así, ya que son expuestos a malos tratos físicos y psicológicos, abusos sexuales, abandono y entornos y situaciones de alto riesgo para su desarrollo. El concepto de maltrato infantil ha sido estudiado en profundidad y ha evolucionado conceptualmente en las últimas décadas. La OMS (1) lo define como “cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia y desarrollo”.

El ser humano, a diferencia de otras especies animales, presenta desde el nacimiento un alto grado de altricialidad que implica la inmadurez de órganos y sistemas, indefensión frente al entorno y alta necesidad de cuidados parentales para alcanzar las características de un individuo adulto. El maltrato y abandono, en cualquiera de sus formas, pone en peligro el normal desarrollo y supone un alto riesgo para su salud integral (2).

El maltrato infantil se comporta como una enfermedad crónica grave, con consecuencias extremas entre las que se encuentran tasas de muerte y discapacidad mayores que muchas enfermedades “médicas”. El niño que es sometido a un tipo específico de maltrato con mucha probabilidad sufrirá otros tipos, que con el tiempo pueden ser repetidos y de mayor intensidad. Los efectos pueden ser devastadores y prolongarse a la edad adulta si no hay intervenciones específicas ajustadas a las situaciones de riesgo.

Los niños son sujetos muy vulnerables y el entorno hospitalario puede desempeñar un papel protector, pero también perjudicial. Es un lugar privilegiado donde poder detectar situaciones de maltrato y riesgo para el menor, plantear intervenciones que eviten la progresión del riesgo y promover el buen trato. Pero en ocasiones, la hospitalización no atiende las necesidades reales del niño, obvia sus derechos y puede englobarse en una forma de maltrato poco reconocida, la institucional. Por este motivo se tiene que plantear sólo la hospitalización en casos de maltrato o abandono en casos específicos o graves (Tabla 1), siendo recomendable en las demás circunstancias la valoración por equipos especializados en problemática sociofamiliar de forma ambulatoria.

El maltrato, en todas sus formas, constituye un verdadero reto para el pediatra. La situación puede estar encubierta, disimulada por sus cuidadores, o bien afectar a niños en edad preverbal, que no pueden expresar la situación que sufren. Además, los profesionales sanitarios pueden presentar temor al impacto que sobre la familia pueda suponer un falso positivo, es decir la denuncia de una situación de maltrato en realidad inexistente.

La detección de una situación de maltrato para el pediatra no implica en sí adquirir una actitud punitiva o fiscalizadora, sino terapéutica y/o preventiva, ante una situación de riesgo, pero no siempre intencional. En este caso, el pediatra hospitalario resulta un agente clave en la prevención y detección del maltrato infantil, con unas obligaciones éticas, profesionales y legales incuestionables. Tiene a su disposición una serie de recursos exclusivos a la hora de abordar al niño con sospecha de maltrato y abandono. No obstante, afrontar el maltrato implica un equipo multidisciplinar de profesionales y una importante sensibilización social sobre un problema grave y de difícil detección.

Tabla 1.- Indicaciones de ingreso hospitalario

- Necesidad de tratamiento urgente que requiera hospitalización
- Necesidad de protección inmediata del menor (a la espera de un centro no hospitalario u hogar provisional de acogida)
- Necesidad de observación de la dinámica familiar en la fase de estudio y diagnóstico ante una situación potencialmente grave
- • Niño valorado en Urgencias hospitalarias en el que todavía no se ha finalizado la fase de estudio y se encuentra ante una posible situación de maltrato grave

2. Marco Jurídico.

Las competencias relacionadas con la asistencia sanitaria y los servicios sociales en nuestro país están transferidas a las comunidades autónomas, por lo que cada una de ellas tiene su propio desarrollo normativo. De todos modos, todas las iniciativas se encuentran en un marco legislativo nacional e internacional. Entre otras iniciativas en los últimos años cabe destacar:

A nivel Internacional

- Año 1959. Declaración Derechos del Niño por la Organización de Naciones Unidas. El principio sexto dice así: “El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia”.
- Año 1986. Resolución Parlamento Europeo en la que se establece la Carta Europea de los Niños Hospitalizados.
- Año 1989. Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, donde se especifica el derecho de los niños a ser protegidos de todas las formas de maltrato.
- Año 1996. Convenio del Consejo de Europa sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños.
- Año 2006. Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- Año 2007. Convenio del Consejo de Europa relativo a la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual.
- Año 2010. Convenio de La Haya relativo a la competencia, la ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución y la cooperación en materia de responsabilidad parental y de medidas de protección de los niños.

En España, entre los principales textos legales que atañen a la protección del menor y la prevención del maltrato destacan:

- Año 1978. Constitución Española. En el artículo 39 se especifica que “los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia y la protección integral de los hijos”. Establece a su vez “la obligación de los padres que deben prestar asistencia de todo orden a los hijos” y que “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, de Reforma del Código Penal de 2015 (modificación edad consentimiento), donde se revisa la edad mínima de consentimiento de relaciones sexuales, y se tipifican nuevos delitos contra la integridad sexual en menores
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del Sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Proyecto de Ley Orgánica 121/ 22, de 14 de abril de 2021, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia, beneficiarios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento.

3. Tipos de maltrato. Magnitud del problema.

3.1. Tipos de maltrato.

Los malos tratos infantiles comprenden actos de comisión y abuso, y de omisión o abandono. Se reconocen varias formas (3):

- a) Maltrato físico. Todo acto que provoque, o pueda potencialmente provocar, daño físico y/o enfermedad en el niño de forma no accidental.

- b) Maltrato psicológico o emocional. Se refiere a acciones que someten al niño de forma repetida a hostilidad verbal y menosprecio, la pérdida deliberada y constante de las necesarias iniciativas de interacción infantiles (incluye la evitación, la incomunicación constante hasta el encierro o reclusión). Pueden darse de forma aislada, sin otras formas de malos tratos asociadas. Sin embargo en los demás tipos de maltrato suele haber cierto componente de maltrato psicológico.
- c) Negligencia y abandono. Puede ser tanto físico como emocional. En el primer caso, se produce una desatención constante de las necesidades materiales del niño (nutricionales, higiene, vestido, falta de supervisión básica y ausencia de medidas de seguridad, así como de atención sanitaria). El abandono emocional implica la carencia mantenida de respuesta a las llamadas afectivas del niño (llanto, risas, temor...), o una inexistente interacción con el niño por parte de sus cuidadores.
- d) Abuso sexual. Situación en la que un niño o joven menor de edad es utilizado para satisfacer deseos sexuales impuestos por un adulto, ya sea participando o presenciando actividades sexuales que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad y que él no comprende o para las que no está preparado, de acuerdo con su desarrollo y, por tanto, no puede dar su consentimiento (incesto, violación, tocamientos, seducción verbal, masturbación en presencia de un menor, pornografía...). También se considerará abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima, alrededor de 5 años de diferencia, o utiliza la fuerza, las amenazas, el abuso de poder u otros medios de presión. El límite de edad establecido por el estado para las relaciones sexuales consentidas actualmente es de 16 años en España.
- e) Algunas formas de maltrato pueden quedar definidas por el momento en el que se producen. Hablamos de maltrato prenatal a la falta de cuidado del propio cuerpo o la ingesta de drogas o sustancias psicotropas por la mujer durante la gestación, y también el producido indirectamente al neonato por la persona que maltrata a la mujer (4). En sí mismo es un factor de riesgo de maltrato en fases posteriores de la infancia.

Aunque el pediatra hospitalario puede encontrarse con todos los tipos de maltrato, algunas formas guardan estrecha relación con su actividad asistencial:

- El trastorno facticio por poderes (denominación reconocida del síndrome de Münchhausen por poderes, también denominada enfermedad generada por el cuidador, o maltrato médico infantil) define a la situación en los que los padres o cuidadores simulan una enfermedad en el niño, o bien llegan a inducirla para lograr una serie de objetivos secundarios, con perjuicio para el menor tanto por sus prácticas, como por las pruebas y tratamientos recibidos.

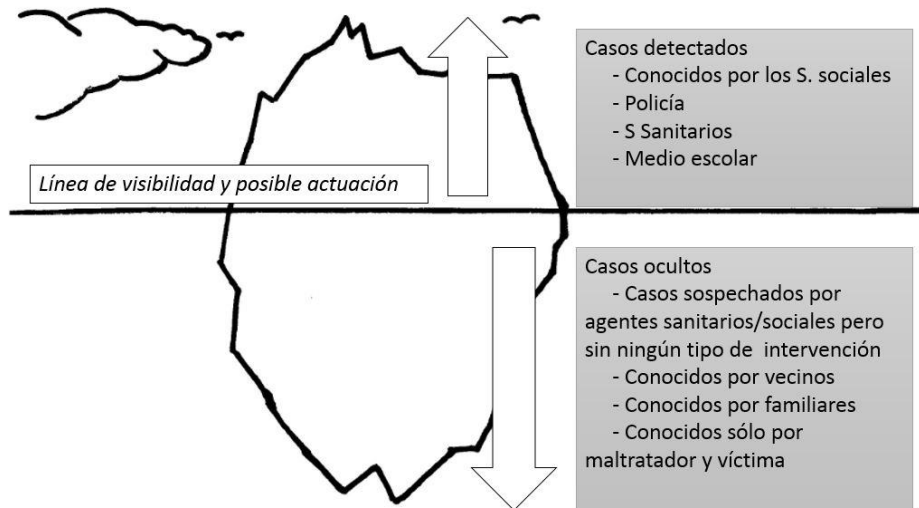
- El maltrato institucional es la forma en la que una organización, legislación o programa procedente de los poderes públicos o privados, o de sus profesionales, vulnera los derechos básicos de los menores, tanto por acciones de acción como omisión.

El maltrato infantil es un problema que acompaña a todas las naciones a lo largo de la historia y con ellas ha ido cambiando, sin dejar de estar presente. En los últimos años los pediatras han tenido que afrontar formas de malos tratos, anteriormente “normalizadas”, a las que la sociedad ha ido mostrando mayor sensibilización (por ejemplo la exposición a violencia intrafamiliar,...), formas novedosas de acoso (redes digitales de pornografía infantil y pederastia, ...), prácticas de otras culturas que constituyen un maltrato con graves consecuencias (mutilación genital femenina,...), o reflejo de las graves desigualdades del mundo actual (niños migrantes por los conflictos armados y la pobreza,...).

3.2. Magnitud del problema.

Pese a que prevención y abordaje del maltrato es una prioridad de las agencias de protección a la infancia, se es consciente de que un alto número de situaciones de maltrato no son detectadas. Se asume un modelo de iceberg (figura 1) en el que, por la falta de habilidades en la detección o el ocultamiento de las situaciones del maltrato y su entorno, muchos casos no son identificados. Pese a que el número de detecciones se ha incrementado por la mayor sensibilización y mejoras en las herramientas de notificación, algunos informes consideran que, por cada caso identificado, existen al menos 10 casos que pasan desapercibidos (5). Hasta hace sólo unas décadas no existía conciencia de la relevancia del maltrato infantil en muchas sociedades “avanzadas”. Lamentablemente persiste un gran componente de enmascaramiento, ocultación y no detección por varios factores, no todos bien determinados. Entre algunos motivos se encuentra el miedo a un falso positivo, lo difícilmente concebible que resulta asumir que los padres o cuidadores son en sí un riesgo para el bienestar y la salud de sus hijos, el conflicto con individuos agresivos o manipuladores, además de las implicaciones legales y la repercusión en medios de comunicación.

Figura 1.- Esquema de visibilidad del maltrato, modelo Iceberg. Tan sólo son detectados una parte de los casos, y un gran número de casos quedan ocultos.



Un maltrato no detectado es una situación de alto riesgo por varios motivos. Algún estudio ha determinado que en más de un 75% de los casos de muerte secundaria a lesiones no accidentales se podría haber prevenido mediante alguna intervención previa.

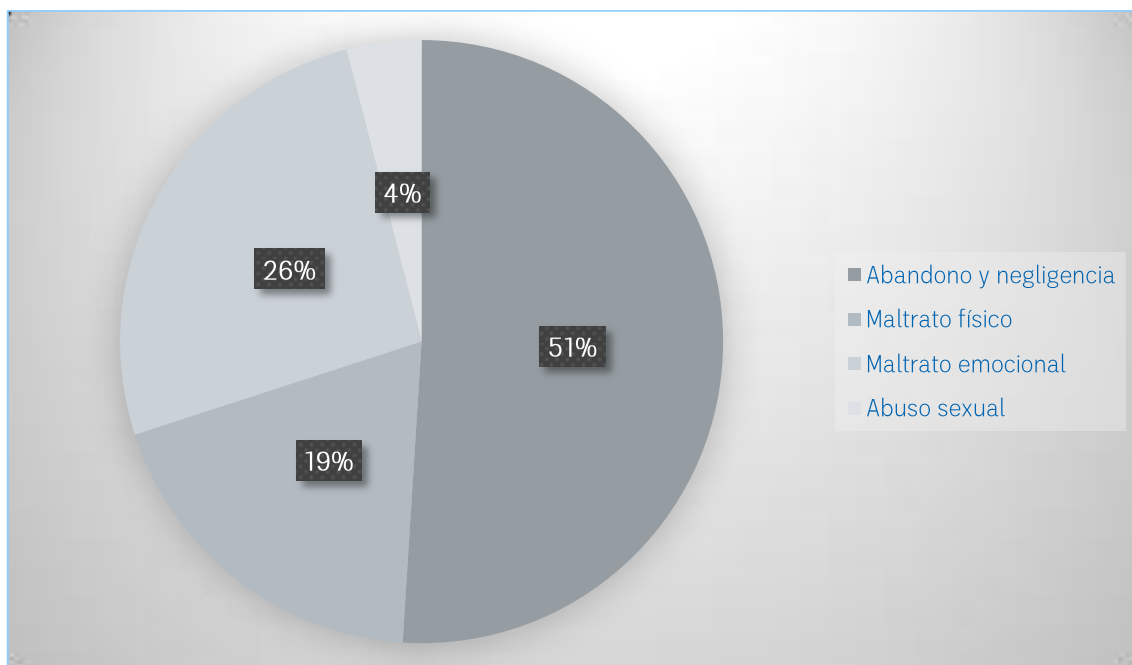
Pero el maltrato no solo supone un riesgo de lesiones agudas o muerte. Se han descrito cambios neurobiológicos persistentes en niños maltratados (cambios anatómicos y de funcionamiento del SNC, así como de la secreción de cortisol) y mayor riesgo de patología mental y física en la edad adulta (riesgo aumentado de depresión, ansiedad, suicidio, toxicomanías, trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad cardiovascular isquémica, ictus, diabetes, EPOC, cáncer...)

Además, se ha observado que los niños maltratados en los que no se realiza una intervención pueden perpetuar esos modelos de conducta con sus propios hijos, perpetuando así el ciclo del maltrato (6), aunque también pueda haber cierto sesgo de detección en esta observación (7). En cualquier caso, cambiar las dinámicas de maltrato puede tener beneficios más allá del propio individuo afectado por ellos e implicar beneficios sociales.

Aunque afecta a todos los grupos de edad, los casos de maltrato grave suelen afectar principalmente a los niños de menor edad. El 70,3 % de las 1.840 muertes recogidas por The National Child Abuse and Neglect Data System (8) en 2019 eran menores de 3 años. En este informe destaca que los niños menores de 12 meses tenían tasas de mortalidad 3-5 veces mayores que los niños entre 12-36 meses y entre 15-20 veces más que los mayores de 5 años, lo que pone de manifiesto la importancia del maltrato en lactantes y prescolares.

En nuestro país se dispone en los últimos años del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI) (9), la principal herramienta para medir casos de maltrato y abandono que dispone el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. De las 13.800 notificaciones, el abandono supuso el 51% del total, los malos tratos físicos un 19%, el maltrato emocional el 26% y los abusos sexuales el 4% (Figura 2). En más de 4.000 niños se notificaron al menos dos tipos de maltrato simultáneos. Aunque este registro puede infraestimar las notificaciones que son responsabilidad de los cuerpos de seguridad, se recoge que el medio sanitario constituye el segundo lugar de detección de situaciones de maltrato. Por último, destaca el hecho que el 45% de las notificaciones fueron formas graves de maltrato, puede que debido a que las formas leves y moderadas acontezcan en medio intrafamiliar sin que sean detectadas en fase precoz, siguiendo la estructura de iceberg ya referida. En las próximas ediciones se tendrá que analizar la influencia que la crisis sanitaria, económica y social de la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido sobre las situaciones de maltrato y desprotección de menores.

Figura 2.- Frecuencias de tipos de maltrato infantil notificados en España. Fuente informe RUMI



4. Situaciones y factores de riesgo.

En primer lugar, se ha de destacar que el maltrato es un problema de salud pública, presente en todas las culturas y naciones, y que afecta a niños de familias de cualquier nivel socioeconómico. Pero se han encontrado una serie de factores de riesgo, como situaciones estresantes del entorno o la limitación de recursos de los sujetos para superar de conflictos, que pueden facilitar respuestas violentas, de rechazo o abandono del menor.

Debido al carácter psicosocial del maltrato y a su naturaleza multicausal, existen diversos factores de riesgo de tipo familiar, social, y psicopatológicos de los cuidadores, así como de vulnerabilidad del niño (Tabla 2) (10). Los factores de riesgo de maltrato tienen valor tanto para la prevención, la detección, y la intervención precoz sobre los sujetos en riesgo.

Hay que destacar que los lactantes son sujetos riesgo de maltrato grave. Los niños en edad preverbal no son capaces de alertar sobre su situación, y además por sus características físicas pueden sufrir diversas formas de agresiones graves, en ocasiones mortales.

**Tabla 2. Factores de riesgo de maltrato (Adaptado de Davis H y Carrasco en Zitelli)
(10)****En los padres o cuidadores**

- Padres jóvenes, sobre todo adolescentes, con escaso apoyo familiar
- Rupturas familiares o familias monoparentales, con aislamiento social, múltiples parejas o nacimientos muy seguidos
- Escasos recursos sociales y/o económicos (inmigrantes con escaso apoyo social, pobreza extrema)
- Familias con historia manifiesta de violencia entre otros miembros
- Familias de riesgo psicosocial persistente (enfermedades mentales, toxicomanías)
- Padres o cuidadores excesivamente intolerantes, indiferentes, o actitud ansiosa en la crianza. Expectativas no cumplidas (género “equivocado”)
- Escasa capacidad de responder a dificultades, emociones negativas o situaciones estresantes
- Enfermedad mental grave de uno de los progenitores
- Toxicomanías

Factores de riesgo del niño

- Ser fruto de gestaciones indeseadas o no planificadas
- Dificultades para el establecimiento del vínculo madre/hijo , como por ejemplo la separación al nacimiento
- Edad menor de tres años
- Discapacidad física o mental de los niños
- Niños de difícil crianza (irritabilidad, dificultades alimentación...)
- Niños de acogida, adoptados, o sometidos a institucionalización prolongada

5. Manifestaciones (historia clínica, exploración, indicadores)

“Observa lo que todos ya han visto, pero piensa en lo que nadie ha pensado”. (Anónimo)

Los malos tratos pueden ponerse de evidencia de diversas formas. El maltrato puede haber sido directamente observado por un profesional o un testigo (familiar, vecino...), puede ser referido por el niño, manifestarse mediante síntomas o signos físicos o de la esfera psicológica o conductual, o bien basarse en la interacción observada entre maltratador y víctima.

El profesional sanitario de cualquier ámbito tiene un papel relevante en el diagnóstico del maltrato. El contacto prolongado con el menor afectado y su entorno familiar con el personal médico y de enfermería durante la hospitalización hacen que la búsqueda activa de maltrato posibilite intervenciones precoces exitosas en menores en riesgo, o bien la detección de situaciones de maltrato ya establecidas, pero no descubiertas hasta el momento. No obstante, el éxito dependerá de las habilidades diagnósticas del pediatra y resto de especialistas (radiólogos, traumatólogos, ginecólogos, oftalmólogos...), el alto índice de sospecha y el trabajo transdisciplinar con otros profesionales (profesores, trabajadores sociales, fiscales, jueces, cuerpos de seguridad, psicólogos, psicopedagogos...).

Como toda entidad nosológica, su diagnóstico se fundamenta en la historia clínica, en los hallazgos exploratorios, y cuando proceda, en las pruebas complementarias. La anamnesis y la exploración física deben dirigirse por el profesional con más experiencia y debe seguir unas directrices generales ante todos los casos de sospecha de malos tratos (Tabla 3). El uso de pruebas complementarias estará condicionado por la sospecha clínica. El diagnóstico de maltrato suele implicar consecuencias legales, motivo por el que, siempre que sea posible, solicitaremos del juzgado la presencia del médico forense. El pediatra tiene que estar familiarizado con los indicadores en la historia y exploración para poder detectar posibles casos, pero es el médico forense el profesional indicado para la obtención de pruebas y evidencias, así como la guarda y custodia de las mismas.

Lamentablemente, en frecuentes ocasiones, la etiología intencional de muchos traumatismos pediátricos pasa desapercibida al personal sanitario, lo que impide la puesta en marcha de las medidas oportunas de intervención. Existen una serie de datos en la anamnesis y la exploración que pueden poner al pediatra en alerta sobre una posible situación de maltrato en sus diversas formas, aunque el motivo de consulta fuera totalmente distinto.

Tabla 3. Recomendaciones generales en la anamnesis y la exploración física ante sospecha de casos de maltrato y/o abandono

Anamnesis dirigida a los familiares y cuidadores:

- Evitar repetir las entrevistas
- Entrevistar al acompañante del menor sin discutir la credibilidad
- Evitar dirigir, culpabilizar o refutar las versión que proporcionen de los acontecimientos
- Tratar de interrogar, siempre que sea posible, al niño y sus familiares por separado

Anamnesis dirigida al niño (si la edad lo permite):

- Crear un ambiente tranquilo en el que el niño se sienta cómodo y seguro
- No se ha de presionar al niño con preguntas demasiado directas, y mucho menos sugerir respuestas
- Recoger en la historia clínica literalmente las palabras empleadas por el menor en sus respuestas

Exploración física

- Realizarla en un ambiente apropiado, y siempre que sea posible con un acompañante sanitario
- Inspección general: somatometría con sus percentiles, estado de nutrición, vestido e higiene corporal
- Valorar durante la misma la actitud del niño
- Inspeccionar toda la superficie corporal, incluido ano y genitales
- Registrar todas las lesiones presentes, con su descripción completa y detallada. Pero no se ha realizar ningún juicio de valor etiológico
- Palpación de todo el esqueleto, en búsqueda de posibles fracturas y callos de fractura
- Valorar la realización de fondo de ojo (lactantes con síntomas neurológicos)

5.1. Maltrato físico.

5.1.1. Historia clínica.

El principal dato sugerente de una situación de maltrato físico es la discrepancia entre lo observado y lo referido. También hay que alertarse ante la presencia de numerosas consultas injustificadas por problemas inexistentes, un niño que sufre múltiples “accidentes”, traumatismos con mecanismos inverosímiles, explicaciones vagas o sin ser requeridas, un relato de los acontecimientos variable en el tiempo, la negación del traumatismo pese a lesiones evidentes, señales de malos tratos en sus hermanos o frases con connotaciones amenazantes dirigidas al niño por parte de los padres o cuidadores.

Se habrá de sospechar un posible un posible trastorno facticio por poderes, ante síntomas y signos que no se explican por los cuadros clínicos y pruebas habituales, percibidos exclusivamente por la persona responsable del maltrato, que suele ser el cuidador principal, o que aparecen sólo en su presencia. Muchas veces reclaman una excesiva cantidad de pruebas complementarias, tratamientos médicos o quirúrgicos. Nos debe alertar también un historial clínico de múltiples consultas a diferentes profesionales y centros sanitarios (a veces públicos, privados, de medicina convencional y a veces de terapias alternativas...).

5.1.2. Hallazgos físicos.

La intensidad, naturaleza, forma y localización de la lesión son aspectos que ayudan a diferenciar lesiones secundarias a malos tratos de otras producidas accidentalmente (Tabla 4). A la exploración el paciente puede presentar un aspecto descuidado, carente de higiene corporal, y puede presentar signos de retraso del crecimiento sin causa orgánica que lo justifique. Los lactantes víctimas de malos tratos pueden manifestar actitudes inhabituales durante la exploración, como rechazo del contacto físico, irritabilidad con sus padres y tranquilidad paradójica con el personal sanitario. Muchas víctimas son agredidas repetidamente, por lo que pueden apreciarse lesiones en distinto estadio evolutivo, lo que constituye uno de los hallazgos más característicos del daño intencional.

En casos de traumatismos, los niños pueden presentar hematomas con signos cutáneos sugerentes de improntas digitales, puñetazos o participación de objetos. Así también son sospechosas aquellas lesiones de localización atípica, en zonas corporales no prominentes, cubiertas por la ropa e incompatibles con la edad del paciente o con el mecanismo accidental referido.

La presencia de hematomas en distinto estadio evolutivo, sobre todo en zonas atípicas, ha sido considerada como un signo de alarma de malos tratos. Incluso se han realizado tablas para determinar el tiempo de evolución de un hematoma en función de su valoración. Sin embargo, otros factores pueden influir en la apariencia del hematoma, y además se ha comprobado que la datación del hematoma por su aspecto en vivo o en fotografía no es un método válido científicamente como para ser incluido en los mecanismos de denuncia (11).

Tabla 4.- Características de lesiones de su probable mecanismo etiológico

	Alta probabilidad intencional	Indeterminado	Baja probabilidad
Fracturas	Cualquier fractura en un niño sin probabilidad de desplazamiento Múltiples fracturas Fracturas en diferente estadio Múltiples fracturas costales Fracturas metafisarias en “asa de cubeta”	Fractura craneal en lactante pequeño Fracturas en un preescolar diafisarias en espiral u oblicuas de los huesos largos Despegamiento subperióstico por hemorragia subyacente	Fracturas en escolares y traumatismos presenciados
Hematomas	Improntas digitales o marcas de sujeción Lesiones lineales o con la forma de un objeto Abrasiones compatibles con ligaduras Hematomas en distintas fases de evolución Múltiples hematomas en zonas aparentemente protegidas por la ropa o no prominentes	Hematomas en el tronco sin relato plausible	Hematomas en zonas de prominencia ósea: frente, nariz, barbilla, crestas iliacas, rodillas, codos, región pretibial

	Alta probabilidad intencional	Indeterminado	Baja probabilidad
Quemaduras	Sospecharla en todo menor sin capacidad de desplazamiento Quemaduras con la forma nítida de un objeto candente o cigarrillo Quemaduras en distinto estadio evolutivo Quemaduras en forma de guante o calcetín por posible sumersión en agua caliente		Aunque pueda indicar pobre supervisión, quemadura en un niño con forma de escaldadura o de contacto accidental
Mordeduras	Marca con forma de mordedura sin que impresione causada por otro niño (por ejemplo separación de más de 3 cm entre caninos)		Episodio de mordedura observado de un niño a otro
Otras	Desgarro del lóbulo de la oreja, del cuero cabelludo, rotura timpánica por bofetada		

Una forma de maltrato físico de extrema gravedad en lactantes es el que se produce al zarandearlo enérgicamente sujetándolo desde los hombros. Es el anteriormente llamado “síndrome del bebe zarandeado” (shaken baby syndrome), aunque desde el año 2009 la Academia Americana de Pediatría prefiere englobarlo dentro del traumatismo craneal intencional (o no accidental), porque las lesiones intencionales por aceleración/desaceleración brusca no siempre son secundarias a zarandeo (12). Se caracteriza por graves hemorragias cerebrales, daño axonal y hemorragias retinianas, en ausencia prácticamente de lesiones externas. En países donde se busca activamente, se piensa que la incidencia real es el doble que la detectada, y que algunos episodios de “enfermedades naturales” como aspiraciones, estatus convulsivos o algún caso de muerte súbita, han sido en verdad niños que han sufrido lesiones por zarandeo (13). Debe sospecharse durante la valoración de lactantes menores de 6 meses con grave afectación neurológica sin explicación clínica aparente.

Cuando evidenciamos signos y síntomas de traumatismo craneal no accidental, se debe realizar una serie esquelética para descartar como lesiones coexistentes más frecuentes: la presencia de fracturas costales (se pueden producir al coger al lactante por el tronco y presionar con fuerza), fracturas craneales y la presencia de fracturas metafisarias que se pueden producir por el zarandeo de las extremidades.

5.1.3. Exploraciones complementarias.

Su uso tiene que ser selectivo, dirigido a diagnosticar lesiones y excluir enfermedades que pudieran mimetizar algunos aspectos de los malos tratos.

- Hemograma y coagulación: para descartar coagulopatías o trombopenia. En ocasiones será necesario ampliar el estudio con la ayuda del hematólogo, para descartar enfermedades metabólicas, plaquetarias o déficits de algunos factores de la coagulación que pueden existir a pesar de unas pruebas básicas de coagulación normales.
- Bioquímica sanguínea con amilasa y creatinina y sistemático de orina
- Enzimas hepáticas, pancreáticas y parámetros de función renal, que nos pueden orientar a un traumatismo abdominal. En caso de sospecha de lesiones viscerales (lesiones cutáneas en abdomen o fracturas costales bajas, síntomas gastrointestinales elevación de transaminasas o amilasa...) se debe realizar pruebas de imagen (el TC abdominal con contraste, es la prueba de elección por su mayor sensibilidad)
- En el caso particular de se plantee el diagnóstico diferencial con alteraciones metabólicas, habrá que incluir las pruebas pertinentes, incluido los estudios genéticos específicos
- Serie esquelética y/o gammagrafía ósea: En menores de 3 años, con sospecha de malos tratos físicos se recomienda realizar estudio de serie ósea: AP y lateral de cráneo, lateral columna cervical y lumbosacra, AP de extremidades y pelvis, PA y lateral de tórax, oblicua y bilateral de parrilla costal. A estas edades las fracturas recientes no tienen por qué producir gran limitación funcional. No obstante, hay que considerar la radioexposición que supone este protocolo radiológico al valorar su indicación. La valoración de estas imágenes tiene que realizarla un radiólogo con experiencia en el diagnóstico. Si existe una alta sospecha de maltrato y no se encuentran lesiones en la serie ósea inicial, se puede repetir la exploración a las 2-3 semanas (la aparición de callos óseos puede visualizar fracturas ocultas en la primera valoración) o bien realizar una gammagrafía ósea también para evidenciar lesiones ocultas.

- Determinación de tóxicos en orina y TC craneal (o en algunos casos RMN si se dispone para estudio urgente) en lactantes y niños con disminución del nivel de consciencia.
- Fondo de ojo: se realizará en los lactantes con sospecha de maltrato, especialmente si presentan o han presentado disminución del nivel de consciencia. Se buscarán hemorragias retinianas y, si es posible, se hará un documento fotográfico de las mismas. Una exploración neurológica normal no descarta que se haya producido un zarandeo. Este estudio ha de realizarse en las primeras 24-48 horas de la valoración hospitalaria, porque los hallazgos hemorrágicos de las formas más leves pueden desaparecer. Hay que considerar la posible persistencia de hemorragias retinianas durante las tres primeras semanas de vida secundarias al propio parto.
- Otras pruebas diagnósticas: según sospecha por anamnesis y/o exploración física.

5.1.4. Diagnóstico diferencial.

La presentación clínica de algunas lesiones accidentales y de otras enfermedades puede ser similar al maltrato, y por eso debemos hacer un buen diagnóstico diferencial.

- Traumatismo accidental. La diferenciación con lesiones intencionales no siempre es clara. Algunos patrones pueden sugerir una u otra etiología.
- Intentos de reanimación por parte de los cuidadores. No obstante este puede ser un argumento para tratar de enmascarar un verdadero maltrato. Las fracturas secundarias a reanimación en el ámbito sanitario son raras en lactantes, y la presencia de fracturas costales, sobre todo en arcos posteriores, son sugerentes de daño intencional.
- Discrasias sanguíneas (coagulopatías, trombocitopénica idiopática, deficiencia de vitamina K, hemofilia, enfermedad de von Willebrand)
- Lesiones congénitas (como manchas mongólicas)
- Displasias óseas (osteogénesis imperfecta, hiperostosis cortical, raquitismo)
- Púrpura de Schönlein-Henoch
- Enfermedades infecciosas: sepsis, impétigo, osteomielitis...
- Disautonomía familiar con insensibilidad al dolor
- Episodio aparentemente letal-BRUE / muerte súbita . A su vez, la posibilidad de un maltrato debe formar parte de la evaluación etiológica de una aparente muerte súbita o un BRUE.

5.2. Maltrato físico.

En esta forma de maltrato se pone de manifiesto al estudiar el entorno relacional del niño y el tipo de reacciones que manifiestan los padres o cuidadores con el menor.

5.2.1. Indicadores en los padres/cuidadores.

Los padres o cuidadores pueden mostrar de forma repetida actitudes de rechazo verbal hacia el niño, comentarios despectivos, recalcando sólo aspectos negativos de la crianza. También pueden basar la relación en el temor infundido o en una disciplina severa, con pretensiones excesivas y expectativas desajustadas. Además, los padres pueden mostrar una atención nula o pobre de los distintos requerimientos emocionales del niño (apoyo, seguridad, afecto, comprensión...).

5.2.2. Indicadores en los niños.

El niño con maltrato psicológico puede mostrar indicadores a nivel cognitivo (pobre rendimiento académico, sentimientos de culpa...), social (conductas excesivamente cautelosas, aislados, temerosos o agresivos), o emocional (pobre autoestima, ideación suicida, ánimo depresivo o ansioso). Los pacientes en los casos crónicos pueden presentar cierto grado de retraso en la maduración psicomotora, especialmente en el desarrollo del lenguaje. En muchas ocasiones los pacientes presentan trastornos de carácter psicossomático (dolor abdominal recurrente, cefalea, enuresis...) y en los cuadros de larga evolución, fallo no orgánico del crecimiento.

5.3. Abuso sexual.

5.3.1. Historia clínica.

La mayor parte de veces al abuso sexual no deja lesiones físicas, bien porque se trate de un abuso sin contacto físico o que consista en tocamientos, bien porque muchas de las lesiones agudas desaparecen con rapidez sin dejar signos evidenciables. Es por este motivo que el diagnóstico del abuso sexual se basa casi con exclusividad en el relato del niño/a o adolescente abusado. Una anamnesis incorrecta puede contaminar el relato del menor y dificultar así el diagnóstico, además de que la repetición de la entrevista supone en sí misma un maltrato por victimización secundaria. Es por este motivo que la entrevista en un caso de abuso sexual solo la debe realizar un profesional formado en la materia. Por lo tanto como norma general no preguntaremos directamente al niño, salvo en agresiones muy recientes en las que debemos realizar una intervención urgente acompañados del médico forense. Podemos entrevistar a los adultos acompañantes sin el niño/a, para valorar de dónde surge la sospecha de abuso.

En caso de que no se pueda demorar la entrevista hasta valoración por personal experto, las preguntas que se hagan al menor deben ser abiertas (evitar preguntas de respuesta sí/no, ofrecer preguntas que den pie a un relato), sin dudar de lo que nos explica, y no se deben repetir las cuestiones ya preguntadas. Hay reflejar literalmente por escrito las palabras expresadas por el niño/a.

Los niños sometidos a abusos sexuales pueden negar lo sucedido en la entrevista clínica por varios motivos (miedo, vergüenza, culpabilidad o incluso tratan de proteger al perpetrador, que muchas veces es de su entorno familiar). En la entrevista el menor puede hacer referencia a algún tipo de “secreto que no puede contar”. Pueden mostrar reacciones emocionales diversas e indicadores comportamentales sexuales y no sexuales de abuso (14), variables en función de la edad de la víctima (Tabla 5).

Tabla 5.- Indicadores comportamentales y físicos de abuso sexual

Indicadores comportamentales	Indicadores físicos
<p>Relacionados con relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Referir haber sido atacado/a sexualmente</i> • <i>Conductas o conocimientos sexuales inusuales para la edad</i> <p>Mayores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Promiscuidad sexual</i> • <i>Probabilidad de ser víctima de abusos por iguales, pero también de someter a niños menores</i> • <i>Usa el sexo para conseguir favores o afecto</i> <p>Menores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dibujos de actos y órganos sexuales</i> • <i>Simula actos sexuales en juegos</i> • <i>Masturbación excesiva y compulsiva</i> • <i>Realiza interacciones sexuales con compañeros del aula</i> 	<p>Alta probabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Embarazo</i> • <i>Enfermedad de transmisión sexual</i> • <i>Semen en la cavidad oral</i> • <i>Himen perforado o rasgado</i> • <i>Desgarros y dilatación anal</i> • <i>Dilatación introito vulvar</i> • <i>Lesiones en el pene/escroto</i> <p>Menor probabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Eritema vaginal o perianal</i> • <i>Aumento pigmentación perianal</i> • <i>Dilatación reflejo anal</i> • <i>Infecciones urinarias de repetición</i> • <i>Dificultad para andar o sentarse</i>
<p>No relacionados con comportamientos sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dificultades escolares y problemas de relación</i> • <i>Miedos y cambios de comportamiento</i> <p>Menores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Manifestaciones somáticas (encopresis, dolor abdominal, enuresis)</i> • <i>Conductas regresivas</i> • <i>Vergüenza, sentimientos de asco</i> <p>Mayores de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Conductas autolesivas que pueden llevar a intento de suicidio</i> • <i>Trastornos conducta alimentaria</i> • <i>Abuso de sustancias</i> • <i>Conducta autodestructivas</i> • <i>Ansiedad/depresión</i> • <i>Rabia y repugnancia</i> 	

No hay que olvidar que la actitud del posible agresor sexual puede elevar el índice de sospecha si es uno de los cuidadores/familiares que está en el medio hospitalario. Pueden mostrarse extremadamente protectores o con actitudes despreciativas o celosas hacia el niño. Se pueden poner de manifiesto también situaciones de tensión intrafamiliar, en los casos que algún otro familiar o acompañante es conocedor de la situación, pero no lo ha notificado.

5.3.2. Exploración física.

La exploración física en los casos de menores que han sufrido un probable abuso ha de ser cuidadosa, liderada por personal con experiencia y bien capacitado. Debe realizarse en un ambiente seguro y relajado para el menor, sin apresuramiento. En ningún caso la exploración debe ser traumática, y si existe gran ansiedad por ser explorado/a, se puede valorar utilizar sedación. La mayor parte de veces no van a existir lesiones físicas y cada vez más la literatura solo reconoce como sugestivas de abuso, lesiones agudas como desgarros o sangrado. Han de buscarse lesiones secundarias a otros tipos de maltrato. En caso de sospecha de contacto sexual reciente (menos de 72 horas), secreción o sangrado anogenital o molestias locales, no se ha de explorar hasta valoración del médico forense, que dirigirá la exploración, toma de muestras con implicación legal y sólo él realizará las fotografías pertinentes. En la mayoría de los casos, la exploración física es normal. No obstante, una serie de indicadores en la exploración física con mayor o menor probabilidad de abuso (Tabla 5).

5.3.3. Pruebas complementarias.

Se diferencian dos tipos de pruebas en el caso de abuso sexual, a) pruebas con carácter judicial, dirigidas a esclarecer la existencia de un abuso, y b) las de carácter asistencial para determinar el alcance para la salud del menor y determinar posibles medidas terapéuticas/ preventivas. Aunque se realice esta diferenciación, en la medida de lo posible deberían tomarse en el mismo acto exploratorio para disminuir las molestias para la posible víctima.

- a) Pruebas judiciales: Recogidas por el forense: detección de espermatozoides, fosfatasa alcalina y material genético.
- b) Pruebas asistenciales: Estudio serológico de VIH, VHB, VHC (y repetición tras periodo ventana), sífilis (determinaciones seriadas 6-12-24 semanas) repetición tras periodo ventana), muestras anovaginales para cultivo y/o detección mediante PCR de gonococo, sífilis, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis y virus del Herpes simple tipo II. Tras la menarquia se habrá de realizar también la prueba de embarazo.

No todas las infecciones nos indican la misma evidencia de abuso. La sífilis, la gonorrea, la infección por VIH y la infección genital por *Chlamydia* (descartada la transmisión vertical) son altamente sugestivas de contacto sexual. La infección por *Trichomonas*, *Gardnerella vaginalis*, Herpes o papiloma pueden deberse a un contacto sexual pero se han descrito otras vías de contagio.

5.4. Negligencia y abandono.

El rango de manifestaciones es muy variable, dependiendo de la gravedad de la falta de atención de las necesidades, tiempo de evolución, y la susceptibilidad del niño a la situación de abandono, condicionada en su mayor parte por la edad del niño.

5.4.1. Indicadores en la historia clínica.

Se pone de manifiesto por parte de los cuidadores una escasa preocupación por los cuidados básicos del niño (alimentación, falta de controles sanitarios e inmunización, accidentes reiterados por falta de supervisión...), distanciamiento o rechazo de sus requerimientos afectivos. En la anamnesis de lactantes pequeños con de fallo de medro por posible negligencia o abandono se debe preguntar el tipo de lactancia y en caso de lactancia artificial, investigar el tipo de leche, la cantidad y la forma de preparación de los biberones, así como el resto de alimentación complementaria. La hospitalización permite además observar la interacción materno-filial durante la alimentación.

Se ha de investigar la posibilidad de situaciones de mendicidad, el absentismo escolar, la explotación laboral y situaciones en las que el niño no capacitado queda sólo en el domicilio.

A nivel personal social, el niño manifiesta actitudes de rechazo y aislamiento de su entorno, y a largo plazo, su desarrollo intelectual y rendimiento escolar se afectan negativamente. La falta de estimulación e interacción se pone de manifiesto en un retraso de adquisición de hitos del desarrollo y habilidades.

5.4.2. Exploración.

Los pacientes víctima de un abandono crónico, además de un aspecto sucio y descuidado, pueden presentar fallo de medro, anomalías en la piel (como dermatitis del pañal muy marcadas, infecciones cutáneas, alopecias por decúbito prolongado...). En casos extremos, el perímetro craneal se encuentra en rango de microcefalia o con deformidades posicionales, como la braquicefalia por permanencia prolongada en la cuna. Puede haber otros indicadores físicos como caries precoces y extensas, problemas físicos no atendidos (heridas sin curar o infectadas), indicadores de raquitismo carencial u otros signos de deficiencia de vitaminas y oligoelementos (estomatitis, glositis).

El niño puede mostrar además de signos de retraso madurativo y manifestaciones conductuales. Puede manifestar falta de reacción ante estímulos externos, inhibición y aislamiento, o alternancia en su comportamiento: buena adaptación paradójica con personas desconocidas, agresividad o rechazo extremos al contacto. cuidados básicos del niño (alimentación, falta de controles sanitarios e inmunización,

5.4.3. Diagnóstico diferencial.

Ante sospecha de un fallo de medro, retraso madurativo u otros hallazgos, el pediatra se debe plantear si el problema se debe a una enfermedad orgánica o es secundario al abandono o negligencia. Mediante la exploración, historia clínica y las pruebas complementarias oportunas deben descartarse enfermedades del sistema nervioso central, trastornos gastrointestinales, enfermedades genéticas, metabólicas, renales....

Como norma general, el niño cuyo retraso ponderoestatural o madurativo es secundario a abandono o negligencia experimenta una mejoría durante el periodo de cuidados supervisados en el hospital.

6. Malos tratos, enfermedad crónica y discapacidad.

Se ha determinado que la población infantil con enfermedades crónicas y discapacidad es especialmente vulnerable ante los malos tratos, a los que son sometidos con mayor frecuencia que los niños sanos. Los factores de riesgo son de distinta naturaleza (del propio niño, de sus cuidadores, situación familiar precaria y falta de apoyo sociosanitario) y muchas veces coincidentes. La identificación del maltrato en niños pequeños o con discapacidad puede ser muy difícil, y muchas veces tiene que ver con la concepción que el entorno sociosanitario y familiar se tiene de maltrato. Aunque los indicadores no difieren de los del maltrato en niños y adolescentes sin discapacidad, conviene resaltar la dificultad de valorar la situación de riesgo en niños con discapacidad, ante posibles dificultades de comunicación inherentes a su patología y que el maltrato se produce predominantemente en el contexto doméstico.

7. Malos tratos institucionales.

El propio centro hospitalario puede contribuir a una situación de maltrato cuando la actuación con el menor genera de forma injustificada un daño sobre su integridad física, su estado emocional o viola sus derechos básicos.

Toda hospitalización genera unos efectos negativos, muchos de ellos de difícil resolución. Se han desarrollado iniciativas en las últimas décadas que persiguen mejorar sus condiciones, como la resolución del Parlamento Europeo en la que se establecen los Derechos del niño Hospitalizado (15). Todos los responsables de la hospitalización pediátrica deben tener presentes estos principios básicos de humanización de la asistencia en sujetos vulnerables como son los niños enfermos y sus familias. El incumplimiento de estos derechos puede constituir una forma de maltrato institucional.

En los niños con problemática sociosanitaria como los malos tratos, atendidos en el hospital, se pueden producir efectos colaterales negativos como, por ejemplo:

1. Múltiples derivaciones interprofesionales inadecuadas y poco resolutivas, generando un efecto “niño golondrina”, que pasan de una institución a otra por no tomar el liderazgo en su asistencia
2. Ausencia de criterios de derivación ni de recursos para emergencias sociales.
3. Efectos iatrogénicos de intervenciones de protección social tardías, fuera de lugar o inadecuadas, tanto por exceso o defecto.
4. Victimización secundaria, con intervenciones clínicas innecesarias de varios servicios o realización innecesaria de pruebas o exploraciones traumáticas para el menor.
5. Hospitalización prolongada o innecesaria sin una causa sanitaria justificada. Aunque en ocasiones el ingreso hospitalario sea necesario en una situación de maltrato, implica riesgos en la salud del niño (contacto con enfermedades infectocontagiosas, daño emocional...). Por este motivo se han de disponer de otros recursos que permitan una acogida ágil de los niños que tengan que ser separados de su entorno.

8. Pautas de actuación.

El futuro de una civilización puede juzgarse por la forma en que ésta cuida a sus jóvenes. (Senador Daniel Patrick Moynihan)

Los pediatras tienen tres funciones ante los niños maltratados: realización del diagnóstico de maltrato, atención médica de las lesiones y la prevención de nuevos abusos (16). Como en muchas enfermedades prevenibles, se definen tres niveles de intervención en situaciones de maltrato infantil según el curso clínico.

- PreVENCIÓN PRIMARIA: se realizaría una intervención sobre los factores de riesgo que generan maltrato, antes de la consumación del maltrato. En el medio sanitario, todos los profesionales sanitarios pueden detectar indicadores de riesgo e iniciar medidas educativas, de contacto con centros sociales, mediadores, familiares capacitados, medio escolar... para minimizar los riesgos y realizar un seguimiento del menor.
- PreVENCIÓN SECUNDARIA: en otros casos la detección temprana de las situaciones de maltrato infantil puede evitar la evolución a lesiones graves y secuelas irreversibles.
- PreVENCIÓN TERCIARIA: en este nivel asistencial el daño de la enfermedad ya se ha instaurado y sólo se puede actuar sobre las secuelas de la enfermedad. Pese a que sus resultados son pobres, sigue siendo el modelo vigente en muchas consultas y hospitales. Lamentablemente con demasiada frecuencia se producen casos graves de maltrato infantil, que en muchas ocasiones acaban con la muerte del menor o la aparición de secuelas graves. Además muchos casos acarreamos graves consecuencias psicológicas que van a perseguir al niño el resto de su vida.
- Una vez que se ha detectado los indicadores que hagan sospechar la existencia de un maltrato o abandono, comienza una cadena de actuaciones interdisciplinarias, realizadas de forma paralela cuyo principal objetivo es proteger al menor (17) (Figura 3):
 - Valoración de la gravedad y riesgo de la situación
 - Notificar la sospecha de maltrato
 - Asistencia sanitaria del menor
 - Actuación posterior en función de la situación detectada: hospitalización, derivación para actuación psicosocial y jurídica.

Figura 3.- Esquema de actuación ante sospecha de maltrato físico o abandono



8.1. Valoración de la gravedad y riesgo de la situación.

- **La gravedad** hace referencia a la intensidad, riesgo y consecuencias que el maltrato ha supuesto para el niño (tipo de daño, localización de la lesión y el grado de vulnerabilidad de la víctima).
- **El riesgo** trata de determinar el grado de recurrencia de maltrato, es decir si siguen presentes las circunstancias que han condicionado la situación. Implica a los factores de riesgo de malos tratos ya referidos, pero también aspectos como la frecuencia, repetición o cronicidad de los episodios de malos tratos y los recursos protectores disponibles en el entorno más cercano de la familia.

Si en una situación se evidencia un daño evidente, con una gravedad significativa del maltrato sufrido, junto con un alto riesgo de recurrencia, nos encontramos ante una urgencia, porque puede constituir un peligro inminente para el niño. situación de abandono, condicionada en su mayor parte por la edad del niño.

8.2. Notificación de la sospecha de maltrato.

La legislación (*Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*) establece la “obligatoriedad de comunicar a la autoridad o sus agentes cualquier situación de riesgo o posible desamparo de un menor, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”. Así también dicha ley establece que la obligación de poner en conocimiento del Ministerio Fiscal todo hecho que pudiera constituir un delito contra la libertad e indemnidad sexual, de trata de seres humanos o de explotación de menores.

Debido a que el maltrato suele estar oculto y sus consecuencias a medio plazo son graves, no se debe esperar a que las lesiones sean absolutamente evidentes para realizar un diagnóstico de sospecha. Como la intervención implica a los servicios sociales y autoridades judiciales, el médico, pediatra del centro hospitalario que tenga sospecha o evidencia de un caso de maltrato infantil, debe cumplimentar la hoja de notificación vigente (si está disponible, o documento equivalente) y juntamente con el trabajador social del hospital enviarla a los servicios sociales competentes. Independientemente, el facultativo remitirá también el preceptivo parte de lesiones o informe médico al Juzgado de Guardia o a la Fiscalía. En caso de considerar que existe peligro para la integridad del menor se deberá mantener su ingreso en el centro sanitario a la espera de que, por parte de servicios sociales o del cuerpo policial correspondiente, sea trasladado a un centro de protección de menores, o un hogar donde se pueda garantizar su seguridad. En los casos relacionados con la violencia de género se seguirán las pautas del “*Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*” (18).

El informe de notificación de sospecha debe contener el nombre del menor, datos de filiación, la fecha y el lugar donde se han podido producir los hechos, lo referido textualmente por el menor y los testigos, así como los pasos seguidos en nuestra actuación. Por sus repercusiones legales resulta muy importante que se recoja toda esta información de forma objetiva, indicando sólo los signos observados directamente por quienes firmen el informe, de forma sistemática y ordenada. Se debe utilizar un lenguaje comprensible para todos los profesionales que puedan intervenir (trabajadores sociales, psicólogos, policías, jueces y abogados...) y por lo tanto se debe evitar el uso de jerga o tecnicismos médicos.

8.3. Asistencia sanitaria del menor.

Los pasos que realizar a nivel asistencial serían los siguientes:

- a) Estabilización del paciente en los casos de lesiones graves y/o simultáneas.
- b) Tratamiento de las lesiones específicas.
- c) Apoyo psicológico, tanto en la hospitalización aguda como en el seguimiento posterior.
- d) Prevención de secuelas y reincidencias.

8.4. Actuación posterior en función de la situación detectada. Hospitalización, derivación para actuación psicosocial y jurídica (Figura 3).

Cuando se trate de un caso de maltrato grave, o se requiera un estudio diagnóstico para confirmar la gravedad de la lesión, o realizar el estudio de extensión de otras lesiones, o se considere que el niño se encuentra en una situación de riesgo con sus actuales cuidadores, se recomienda el ingreso hospitalario del paciente, con la correspondiente comunicación judicial urgente y la solicitud de valoración por el médico forense. Se debe valorar estudiar a los hermanos y a los niños cuidados por el presunto maltratador en función de los indicadores.

Cuando las lesiones no sean aparentemente graves, la sospecha de maltrato sea baja, y esté garantizada la seguridad del menor, se puede enviar el paciente de alta a su domicilio tras la notificación oportuna y con un seguimiento estrecho por el pediatra y el asistente social.

En todos los casos se debe realizar una intervención coordinada para garantizar la protección del menor, junto con su rehabilitación y reinserción.

8.5. Situaciones específicas. Abuso sexual (Figura 4).

En caso de alta sospecha se debe proceder a la notificación inmediata al Juzgado de Guardia y la solicitud de la presencia del forense durante la anamnesis, exploración y toma de muestras. (véase punto 5.3). Habrá que determinar la urgencia de la situación, establecida por la necesidad de tratamiento, o protección, la posibilidad de pérdida de pruebas y el momento del posible abuso. Según el caso, se puede plantear establecer medidas preventivas en relación con las posibles infecciones de transmisión sexual (ITS) (19,20) y de embarazo también si se trata de una adolescente madura. En todos los casos se ha de brindar apoyo psicológico desde el inicio y evitar la segunda victimización con exploraciones o interrogatorios reiterativos o no realizados en las condiciones adecuadas.

- **Niños prepuberales:** La prevalencia de las ITS en niños que han sufrido un abuso sexual depende del tipo abuso, de la prevalencia de ITS en los adultos y de la madurez del niño. Hay que recordar que la gran mayoría de abusos consisten en tocamientos, lo que no supone un riesgo de enfermedades de transmisión sexual. En general se considera que existe riesgo cuando hay contacto de mucosas o bien exposición de mucosas a fluidos corporales. Si es posible, se ha de comprobar el estado serológico del individuo fuente (agresor). Se ha de revisar el estado vacunal frente a la hepatitis B de la persona expuesta. En los niños no vacunados se recomienda iniciar la profilaxis (vacuna e inmunoglobulina específica) lo antes posible y preferentemente dentro de las primeras 48 horas postexposición.

No se recomienda de forma general el tratamiento empírico frente a las ITS en todos los niños, pero puede ser valorado en algunos casos según el riesgo de transmisión y tras la recogida adecuada de muestras microbiológicas. En la Tabla 6 se recogen las recomendaciones de tratamiento específicas frente a cada una de las ITS en situaciones de riesgo de contagio (21). La quimioprofilaxis contra el VIH estaría indicada en caso de relación sexual anal o vaginal sin protección, de sexo oral con eyaculación o exposición a la sangre de un agresor VIH positivo o desconocido. Se ha de iniciar preferiblemente en las primeras 2 horas y siempre antes de las 72 horas.

- **Adolescentes postpuberales.** Se seguirán las mismas recomendaciones en relación a la infecciones de transmisión sexual. En caso de haber sido sometida a una agresión sexual que implique riesgo de embarazo, tras descartar gestación, se administrará una dosis única de levonorgestrel 1,5 mg en dosis única si han transcurrido menos de 72 h desde la agresión. Se puede valorar su administración hasta 5 días tras exposición, aunque su eficacia disminuye.

Tabla 7.- Esquema de profilaxis de infección de transmisión sexual tras un abuso sexual con riesgo (fuente protocolo Vall d'Hebrón)

Agente infeccioso	Menor de 45 kg	Mayor de 45 kg
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina (20 mg/kg VO dosis única; dosis máxima 1g)	Azitromicina (1 g VO dosis única)
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona (125 mg IM)	Ceftriaxona (250)mg IM
<i>T. vaginalis</i> y Vaginosis bacteriana	Metronidazol (15 mg/kg/día en 3 dosis VO durante 7 días)	Metronidazol 2 g dosis única VO
Prevención Hepatitis B (no vacunados)	Administrar 1ª dosis de vacuna HB + Gammaglobulina específica (0,06 ml/kg) (dosis máxima 5 ml) IM	
VIH	<p>Hemograma, bioquímica con perfil hepatorenal, serología basales</p> <p>Inicio preferente en las primeras 2 horas y siempre antes de las 72 horas</p> <p>Duración quimioprofilaxis 28 días</p> <p>Controles analíticos y seguimiento en consultas externas de Infectología Pediátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hasta los 6 años y/o < 25 kg: Zidovudina (AZT) + emtricitabina (FTC) (o lamivudina (3TC)) + lopinavir/ritonavir (LPV/r) •De los 7 a los 12 años si >25 kg: Zidovudina (AZT) + emtricitabina (FTC) (o lamivudina (3TC)) + raltegravir (RAL) •Mayores de 12 años Tenofovir (TDF) + emtricitabina (FTC) (o lamivudina (3TC)) + raltegravir (RAL) o dolutegravir (DGV) como alternativa. 	

9. Elementos de mejora.

Pese a los esfuerzos desarrollados en el campo de la detección y abordaje de situaciones maltrato y desprotección, en muchos casos de sospecha no se actúa, y los diagnósticos se limitan a los casos obvios o denunciados por el niño o sus acompañantes. Este hecho se puede deber a la falta de entrenamiento del facultativo, la limitada accesibilidad a una red de asistencia del menor, o el miedo a las consecuencias que pudiera ocasionar un falso diagnóstico de maltrato.

El alto número de casos encubiertos pone de manifiesto la necesidad de nuevas estrategias para facilitar el diagnóstico de maltrato, pero también un cambio en el modelo actual de abordaje de este problema de salud. Se ha de contemplar la incorporación de nuevos programas de prevención de maltrato, que prioricen en actitudes de ayuda al menor, atención temprana de la familia en riesgo, detección precoz de maltrato y la reinserción y rehabilitación de las familias. La aplicación de estos programas, de forma complementaria a los vigentes, puede posibilitar a medio plazo unos resultados más favorables que los existentes en la situación actual.

En relación al maltrato prenatal, las mujeres en edad fértil o madres en general deben recibir suficiente información sobre las conductas de riesgo y sus graves consecuencias. Hay que tomar medidas para garantizar la protección de los futuros recién nacidos, asegurando una buena atención prenatal. La información, el seguimiento médico y la detección precoz pueden ser los instrumentos más efectivos para hacer frente a este problema.

En relación a la prevención del maltrato institucional, se han de seguir desarrollando iniciativas encaminadas al buen trato de los niños y sus familias cuando estén hospitalizados (21). Los hospitales han de comprometerse a conseguir cumplir todos los puntos de la Carta de Derechos del Niño Hospitalizado, y su personal debe conocer y respetar todos estos derechos, así como estar formado en atender no sólo los problemas médicos, sino también la dimensión psicosocial asociada a los problemas de salud en la infancia. La información y participación de los padres y cuidadores resulta fundamental, pero también ha de estudiarse como incorporar la opinión expresada por el menor en las decisiones que atañen a su salud, para lo que debe ser informado apropiadamente según su edad y madurez.

10. Recursos útiles.

- Sociedad Española de Pediatría Social. Enlace
- Indicadores REPSDI Herramienta de autoevaluación sobre el respeto de los derechos de los niños en el hospital. Enlace
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Enlace
- Guía NICE Maltrato Infantil y Negligencia [NG76]. Octubre 2017. Enlace
- Observatorio de la Infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Enlace

- Protocolo de Buenas Prácticas en la Coordinación entre Entidades Locales con menores en situación de riesgo. Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. Enlace
- Child Abuse & Neglent. Publicación oficial de la Sociedad Internacional para la prevención del abuso y la negligencia. Enlace

11. Bibliografía.

- 1) Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. Año 2009
- 2) In focus: understanding the effects of maltreatment on early brain development. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, Washington, DC, 2001. Disponible en: [enlace](#)
- 3) Díaz Huertas JA, Marín López L, Muñoz Hoyos A. Tratado de Pediatría Social. Sociedad Española de Pediatría Social. Ed del Genal. 2013
- 4) C. Manzano, R. Figueras, E. Patris, O García-Algar. Maltrato prenatal. Carta al Editor. Anales de Pediatría. Vol núm 84. Número 4. Abril 2014.
- 5) Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373:68-81
- 6) Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato infantil en la familia en España. Informes, Estudios e Investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: [enlace](#)
- 7) Widom CS, Czaja SJ, DuMont KA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? Science. 2015. 27;347
- 8) U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child Maltreatment 2019. Disponible en: [enlace](#)
- 9) Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. N° 18, año 2015. Disponible en: [enlace](#)
- 10) Davis H, Carrasco M. Child Abuse and neglect. Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis. Sixth Edition. Ed Elsevier 2012
- 11) Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. Arch Dis Child. 2005;90:187-9
- 12) Christian CW, Block R; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics. 2009;123:1409-11
- 13) Berkowitz CD. Physical Abuse of Children. N Engl J Med. 2017;376:1659-1666
- 14) El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Conselleria de Benestar Social. 2002. Disponible en: [enlace](#)
- 15) Extracto de la Resolución A2-25/86, de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Niños Hospitalizados. Disponible en: [enlace](#)
- 16) Pou i Fernández. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. 2ª Edición. Ed. Ergon. Año 2010. Disponible en: [enlace](#)
- 17) Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil. Aproximación al maltrato en la Urgencia. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Ed Ergon. Año 2015 Disponible en: [enlace](#)

- 18) Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Año 2012. Disponible en: [enlace](#)
- 19) Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de expertos del grupo de estudio de Sida de la SEIMC (GESIDA), Secretaria del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y Venereología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Año 2017. Disponible en [enlace](#)
- 20) Protocolo de actuación sanitaria en menores víctimas de agresiones sexuales atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Año 2016. Disponible en: [enlace](#)
- 21) García Pérez J, Martínez Suárez V. Guía práctica del buen trato en el niño. Asociación Madrileña de Prevención del Maltrato Infantil. Sociedad Española de Pediatría Social. Ed IMC Año 2012. Disponible en: [enlace](#)