

Registro multicéntrico de maltrato en urgencias: casuística de un año

VICTORIA TRENCHS SAINZ DE LA MAZA, ANA I. CURCOY BARCENILLA, EN REPRESENTACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE MALOS TRATOS Y SITUACIONES DE RIESGO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SEUP)

Servicio de Urgencias, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Victoria Trenchs Sainz de la Maza
Servicio de Urgencias
Hospital Sant Joan de Déu
C/Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Barcelona, España
E-mail: vtrenchs@hsjdbcn.org

FECHA DE RECEPCIÓN:

14-11-2013

FECHA DE ACEPTACIÓN:

22-3-2014

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo. Presentado en la XVIII Reunión de la SEUP en Granada.

AGRADECIMIENTOS:

A Jesús Sánchez Etxaniz por la iniciativa y dedicación en la puesta en marcha del Registro y a Nieves de Lucas por su colaboración en su creación.

Objetivo: Se presentan los resultados tras un año de funcionamiento del Registro de Maltrato de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría cuya finalidad es conocer cuál es la realidad acerca de este motivo de consulta.

Método: Estudio prospectivo multicéntrico. Se incluyen los pacientes menores de 15 años atendidos por sospecha de maltrato en 13 servicios de urgencias.

Resultados: Se recogieron 471 casos (9/10.000 consultas; edad mediana de 5,2 años; 58,6% niñas). El 37,8% corresponden a abuso sexual, el 37,2% a maltrato físico, el 20,6% a negligencia y el 4,5% a maltrato emocional. En el 38,2% se implica al médico de atención primaria, en el 94,5% a los servicios sociales, en el 50,5% al juzgado y en el 16,8% al médico forense. Según el grado, el 51,2% son casos moderados, el 29,9% leves y el 18,9% graves. El 76,9% son dados de alta a domicilio, el 9,8% a un centro de acogida, el 13,0% ingresan y el 0,4% fallecen. El abuso sexual y el emocional son más frecuentes en niñas (79,7% y 63,8%) mientras que el maltrato físico y la negligencia lo son en niños (54,5% y 56,6%; $p < 0,001$). Los atendidos por negligencia son menores que el resto (mediana 1,9 años vs 5,8 años en abusos sexual y maltrato físico y 6,9 años en emocional; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las consultas a urgencias por maltrato son poco frecuentes; sin embargo, la mayoría son de grado moderado-grave y requieren de la atención conjunta de diferentes profesionales que garanticen la protección del menor. Se constata que los abusos sexuales afectan mayoritariamente a niñas y los casos de negligencia a lactantes. [Emergencias 2014;26:468-471]

Palabras clave: Abuso infantil. Urgencias. Maltrato.

Introducción

Los casos de maltrato infantil y situaciones de riesgo de desprotección, aunque globalmente suponen un bajo porcentaje de los motivos de consulta a los servicios de urgencias (SU)¹, son fuente de preocupación entre sus profesionales. Esta preocupación se debe principalmente a las dificultades en realizar un diagnóstico correcto y de certeza cuando hay que tomar decisiones, a las posibles repercusiones físicas y mentales graves en los menores afectados si no se detecta a tiempo, y a las trabas burocráticas y organizativas existentes para establecer un mecanismo eficaz de seguimiento. Dada la situación expuesta y ante la inquietud so-

bre el tema de varios miembros de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), en el año 2011 se constituye dentro de la SEUP el Grupo de Trabajo de Malos Tratos y Situaciones de Riesgo (GTMTSR). Uno de los primeros objetivos que se plantea el GTMTSR es tratar de conocer la realidad de este problema en los SU. Actualmente, las cifras de casos que se manejan son aproximadas y/o extrapoladas de estudios de otros países o de zonas concretas, por lo que se desconoce el peso real que tiene el maltrato infantil y las situaciones de riesgo de desprotección en la actividad asistencial de los SU y su incidencia. Con el convencimiento que el conocimiento de esta realidad permitirá detectar las debilidades actuales, tratar de articular

posibles medidas de mejora y establecer recomendaciones de manejo coordinado, se pone en marcha en septiembre de 2011 un registro nacional de casos. Se trata de un registro *online*, de fácil acceso y cumplimentación, en el que uno de los puntos que se ha cuidado es la necesaria confidencialidad en el manejo de los datos. El objetivo de este estudio es presentar los resultados obtenidos tras un año de cumplimentación del Registro.

Método

Se trata de un estudio prospectivo multicéntrico, analítico y observacional. Se incluyen todos los casos de niños menores de 15 años de edad atendidos por sospecha de maltrato en los 13 SU que han participado en el Registro de Maltrato de la SEUP durante 1 año (septiembre 2011-agosto 2012).

En cada SU colaborador existe un miembro del GTMTR responsable del registro *online* que garantiza su adecuada cumplimentación. El trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica del hospital de los investigadores principales.

Se incluyen las siguientes variables: edad, sexo y antecedentes sociales de los pacientes, acompañantes en la consulta al SU, tipo de maltrato y grado, profesionales implicados en su atención desde el SU y destino. Se entiende que un paciente tiene antecedentes sociales si el menor ha sufrido episodios previos de maltrato o está siendo seguido por los servicios sociales (SS).

Se diferencia entre 4 tipos de maltrato²: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato emocional y psíquico. Su graduación se establece según la siguiente adaptación de los criterios que proponen Casado *et al.*³ en su hoja de notificación 1) leve: circunstancias que requieren un seguimiento ambulatorio (aquellos casos de riesgo, sin una confirmación inicial clara); 2) moderado: necesitan apoyo/ayuda de los SS, sanitarios y educativos (pero no precisa ingreso hospitalario ni comunicación urgente a SS ni al juez); y 3) graves: requiere intervención urgente los SS o ámbito judicial.

Los datos se analizan con el programa SPSS versión 20.0 para Windows. Se muestra la estadística descriptiva mediante medias/medianas en las variables cuantitativas y porcentajes en las variables categóricas. Se aplican pruebas para estudio de distribución de datos (Kolmogorov-Smirnov), de comparación de datos cuantitativos (t de Student o U de Mann-Whitney según proceda) y cualitativos (ji al cuadrado, tabla de contingencia, o test exacto de Fisher según proceda). Los valores de $p < 0,05$ se consideran significativas.

Resultados

Se registraron 471 casos de posibles malos tratos o situaciones de desprotección de menores, 9 casos cada 10.000 menores de 15 años atendidos en los SU durante 1 año en los 13 SU participantes (Tabla 1). La mediana de edad de los pacientes es de 5,2 años (p25-75: 2,2-9,8 años). El 58,6% son de sexo femenino. El 24,0% ya están en seguimiento por SS previamente a la consulta en el SU. El 72,2% acuden acompañados por la madre, el 29,3% por el padre (16,8% por ambos progenitores), el 19,5% por otro familiar, el 10,2% por la policía, el 4,9% por un profesor y el 0,4% por un vecino.

El 37,6% de las sospechas corresponden a abusos sexuales, el 37,4% a malos tratos físicos, el 21,0% a negligencias y el 4,0% a malos tratos emocionales y psíquicos. La Figura 1 muestra la distribución por edades de cada tipo. En el 16,8% de los casos (el 70,9% de ellos por sospecha de abuso sexual agudo) se requiere de la presencia del médico forense para valoración del menor en el SU. En el 38,2% de los casos se contacta con el médico de atención primaria. En el 94,5% se hace una notificación a SS y el 50,5% al juzgado. Según el grado, el 29,9% se consideran casos leves, el 51,2% moderados, y el 18,9% graves.

El 76,9% de los pacientes son dados de alta al domicilio familiar, el 9,8% a un centro de acogida, el 13,0% ingresan en el hospital [el 1,5% -7

Tabla 1. Relación de centros participantes y consultas atendidas durante el periodo de estudio

Comunidad autónoma	Hospital	Consultas*
Andalucía		
Granada	Hospital Universitario Virgen de las Nieves	48.024
Córdoba	Hospital Universitario Reina Sofía	46.863
Cataluña		
Barcelona	Hospital Universitari Vall d'Hebron	30.901
Esplugues de Llobregat	Hospital Sant Joan de Déu Barcelona	89.901
Terrassa	Consorci Sanitari de Terrassa	17.755
Reus	Hospital Universitari Sant Joan de Reus	17.045
Comunidad Valenciana		
Valencia	Hospital Universitario Dr. Peset	23.302
Comunidad de Madrid		
Madrid	Hospital Universitario 12 de Octubre	54.699
Madrid	Hospital Gregorio Marañón	51.863
San Sebastián de los Reyes	Hospital Universitario Infanta Sofía	26.230
Navarra		
Pamplona	Complejo Hospitalario de Navarra Hospital Virgen del Camino	33.597
País Vasco		
Barakaldo	Hospital Universitario Cruces	57.869
Bilbao	Hospital Universitario Basurto	24.057

*Número de consultas a urgencias de menores de 14 años durante el periodo de estudio (1 septiembre 2011- 31 agosto 2012).

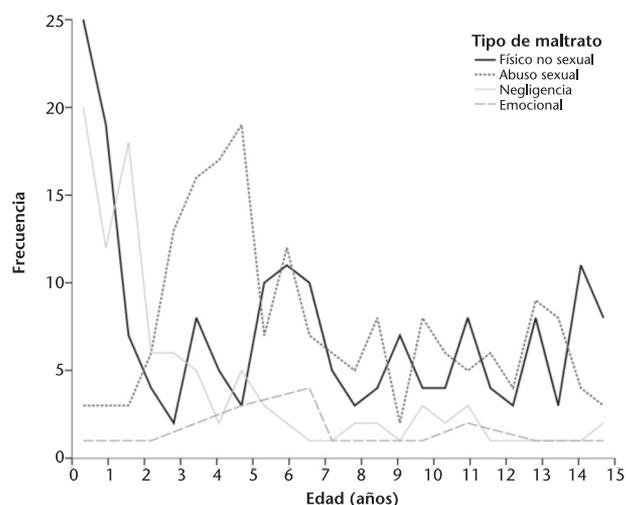


Figura 1. Distribución de los tipos de maltrato según edad.

pacientes– en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP)] y el 0,4% (2 pacientes) fallecen en el SU.

La Tabla 2 muestra la distribución de las diferentes variables según el tipo de maltrato.

Discusión

Este trabajo es una primera aproximación a la realidad del problema del maltrato infantil en los SU españoles. La participación de 13 centros sanitarios de diversos niveles asistenciales de 6 comunidades autónomas diferentes facilita el análisis de la situación actual. Los datos registrados confirman que son consultas relativamente poco frecuentes, pero de elevada complejidad¹, dada la gravedad de muchos de los casos. Prácticamente una cuarta parte de los niños no pueden ser dados de alta a domicilio, ya sea por las lesiones diagnosticadas o por la necesidad de protección.

Tabla 2. Características de los casos según tipo de maltrato

	Tipo de maltrato				p
	Físico (N = 176) n (%)	Sexual (N = 177) n (%)	Negligencia (N = 99) n (%)	Emocional y psíquico (N = 19) n (%)	
Sexo femenino	80 (45,5%)	141 (79,7%)	43 (43,4%)	12 (63,8%)	< 0,001
Edad (años); [mediana (p25-75)]	5,8 (1,2-10,8)	5,8 (3,8-10,1)	1,9 (0,9-4,9)	6,9 (5,5-10,2)	< 0,001
Antecedentes sociales	50 (28,4%)	27 (15,3%)	28 (28,3%)	8 (42,1%)	0,003
Acompañante madre	100 (56,8%)	151 (85,3%)	79 (79,8%)	10 (52,6%)	< 0,001
Acompañante padre	59 (33,5%)	36 (20,3%)	36 (36,7%)	7 (36,8%)	0,009
Acompañante no parental*	41 (23,3%)	12 (6,8%)	17 (17,2%)	2 (10,5%)	< 0,001
Médico forense	21 (11,9%)	56 (31,6%)	2 (2,0%)	0 (0%)	< 0,001
Grado					0,004
Leve	60 (34,1%)	41 (23,2%)	32 (32,3%)	8 (42,1%)	
Moderado	77 (43,8%)	111 (62,7%)	43 (43,4%)	10 (52,6%)	
Grave	39 (22,2%)	25 (14,1%)	24 (24,2%)	1 (5,3%)	
Alta a domicilio	116 (65,9%)	159 (89,8%)	69 (69,7%)	18 (94,7%)	< 0,001

*Incluye: otros familiares, profesores, policía y/o vecinos; sin la presencia del padre y/o la madre del menor.

Cabe destacar que dos casos fallecieron y 7 requirieron ingreso en UCIP.

Se constata que el maltrato infantil sucede tanto en niños como en niñas y que es más frecuente en edades preescolares (más del 50% eran menores de 6 años). El sexo más afectado varía según el tipo de maltrato: el maltrato físico es más frecuente en niños y el abuso sexual en niñas^{1,4-5}. También la edad parece estar relacionada con alguno de los tipos de maltrato: los casos de negligencia fueron mucho más frecuentes en la primera infancia. Destaca que, entre los tipos, el abuso sexual sea el más frecuente, hecho diferencial de otras revisiones donde el maltrato físico suele superarlo⁴⁻⁷. El ámbito en el que se recogen los casos justificaría este hecho, ya que entre los SU participantes hay algunos que son centro de referencia en su comunidad para la valoración y estudio del abuso sexual infantil.

Alrededor del 75% de los pacientes atendidos por sospecha de maltrato fueron casos nuevos, lo que confirma algo puesto en evidencia ya hace tiempo: los casos de maltrato conocidos por los SS representan una pequeña proporción de los niños que lo experimentan⁸. El papel de los SU es por tanto esencial en la detección de niños en situación de alto riesgo. Sus facultativos son un eslabón básico en el engranaje de una cadena en la que la coordinación de diferentes profesionales es indispensable para garantizar tanto el tratamiento médico y psicológico del menor, como su protección. Este hecho queda evidenciado en la muestra, donde la solicitud de implicación por SS, atención primaria, forenses y jueces es una constante.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, puede ser que, debido a la elevada presión asistencial en urgencias, haya habido algún caso de sospecha de maltrato que no haya sido introducido en el Registro. Asimismo, puede haber habido ca-

sos que hayan pasado desapercibidos dadas las dificultades para su diagnóstico por falta de una herramienta que ayude a la preselección de los casos sospechosos^{6,9}. Cabe destacar que la detección de un caso de maltrato requiere de la sospecha por parte del profesional que lo atiende y ésta no siempre es evidente dada la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas en un ámbito como el de urgencias, donde las lesiones compatibles, como traumatismos y quemaduras, son muy frecuentes⁶. Por otro lado, hubiera sido interesante, de cara a futuras recomendaciones sobre el manejo de estos pacientes, conocer algún dato acerca del posible agresor, dado que se detecta un porcentaje elevado de casos remitidos a domicilio desde urgencias.

De momento se ha obtenido una visión temporal del problema del maltrato en los SU, la de un año, y es importante mantener el Registro los venideros para valorar su evolución. Sería interesante conseguir aumentar el número de SU participantes para poder valorar diferencias entre territorios y tipos de SU según nivel asistencial.

Adenda

Relación de miembros (y hospitales) del Grupo de Trabajo de Malos Tratos y Situaciones de Riesgo de la SEUP que han participado en este estudio: Milagros Marín Ferrer (Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid); Rafael Maraño (Hospital Gregorio Maraño, Ma-

dríd); Marisa Herreros, Ana Barrios (Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid); Ana Lobeiras (Hospital Universitario Cruces, Bilbao); Carmen Díez Sáez (Hospital Universitario Basurto, Bilbao); Isabel María López Contreras (Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada); M^a Dolores Simarro, Enriqueta Castuera (Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba); Ana Fábregas Martori (Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona); A.I. Curcoy Barcenilla, Victoria Trenchs Sainz de la Maza (Hospital Sant Joan de Deu Barcelona, Barcelona); Gloria Estupiña (Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona); Lorena Braviz Rodríguez (Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona); Julia Ruiz (Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia); Lourdes Gómez (Complejo Hospitalario de Navarra-Hospital Virgen del Camino, Navarra).

Bibliografía

- 1 Sabaté Rotés A, Sancosmed Ron M, Cebrián Rubio R, Canet Ponsa M, Martín González M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:60-3.
- 2 World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse and Neglect Prevention, 29-31 March. Document WHO/HSC/PVI/99.1. Ginebra: World Health Organization; 1999.
- 3 Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez. González MC. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- 4 Maltrato Infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. (Consultado 16 Octubre 2013). Disponible en: www.observatoriodeinfancia.mssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf.
- 5 Sociedad Española de Pediatría Social. Maltrato Infantil. Cuadernos de Pediatría Social nº16. Febrero 2012.
6. Fernández RM, Martín P. ¿Puede padecer este niño maltrato? Limitaciones de la valoración en urgencias. *Evid Pediatr*. 2010;6:28.
- 7 Informe del teléfono del menor ANAR. 12 años de violencia a menores: Maltrato, abandono y abuso sexual. Informe preliminar 1994-2005. (Consultado 16 Octubre 2013). Disponible en: https://www.obrasocialajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSolidaridad_AnarInforme.PDF.
- 8 Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: Negotiating the next steps. *Pediatrics*. 1999;104:168-77.
- 9 Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, De Koning HJ, Moll HA. Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatr*. 2012;12:167.

Multicenter registry of child abuse cases in emergency departments: records for 1 year

Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, en representación del Grupo de Trabajo de Malos Tratos y Situaciones de Riesgo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

Background and objective: The Child Abuse Registry of the Spanish Society of Pediatric Emergency Medicine was created to determine the frequency of emergency department visits with abused children. Our aim was to analyze the results for the first year of reporting to the case registry.

Methods: Prospective multicenter study. The 13 emergency departments participating in the project reported cases in which patients under the age of 15 years had injuries that were believed to be caused by abuse.

Results: A total of 471 cases (9 per 10 000 visits) were attended; the mean age was 5.2 years, and 58.6% of the patients were girls. Abuse was sexual in 37.8% of the cases; physical violence accounted for 37.2%, negligence for 20.6%, and emotional abuse for 4.5%. The primary care physician was notified in 38.2% of the cases, social services in 94.5%, the courts in 50.5%, and the department of forensic medicine in 16.8%. Injuries were moderate in 51.2%, minor in 29.9%, and serious in 18.9%. The patient was discharged home in 76.9% of the cases and to a shelter in 9.8%. Thirteen percent of the patients were hospitalized and 0.4% died.

Cases of sexual and emotional abuse are more common in girls (79.7% and 63.8%, respectively). Physical abuse and negligence are more common in boys (54.5% and 56.6%) ($P < .001$). Cases of negligence involve younger children (median age, 1.9 years) while other forms of abuse occur in older children (median age 5.8 years for sexual and physical abuse and 6.9 years for emotional abuse) ($P < .001$).

Conclusions: Visits to the emergency room to treat injuries resulting from abuse are not frequent. Most cases that do reach the emergency department, however, involve injuries that are moderate or serious and various types of professional intervention are required to guarantee the child's safety. Visits for sexual abuse more often involve girls, while cases of negligence more often involve infants or toddlers. [Emergencias 2014;26:468-471]

Keywords: Child abuse. Emergency health services.