



PROTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

4ª EDICIÓN, 2024

33 Maltrato físico en la infancia

Julia Ruiz Jiménez¹, Juan Alonso Cózar Olmo²

¹Especialista en Pediatría, Centro Salud de Sedaví, Valencia.

²Director Unidad Pediatría Interniveles, Hospital San Agustín, Linares, Jaén. Miembros del Grupo de trabajo contra la violencia en la infancia y la adolescencia de SEUP

Enero, 2025



Maltrato físico en la infancia

Julia Ruiz Jiménez¹, Juan Alonso Cózar Olmo²

¹Especialista en Pediatría, Centro Salud de Sedaví, Valencia.

²Director Unidad Pediatría Interniveles, Hospital San Agustín, Linares, Jaén.

Miembros del Grupo de trabajo contra la violencia en la infancia y la adolescencia de SEUP

Resumen

El maltrato infantil físico (MTF) es un problema de salud pública que afecta a niños, niñas y adolescentes (NNA) en todo el mundo. Su incidencia real se desconoce debido a la dificultad para ser detectado, aunque el maltrato físico es el más frecuente o el más fácil de detectar. Las consecuencias de este problema acompañan a la víctima durante toda su vida y repercuten negativamente en ella.

Nuestro objetivo es desarrollar un protocolo de evaluación inicial en los servicios de urgencias médicas, ante la sospecha de MTF de pacientes pediátricos atendidos en los mismos, donde se deberán tener en cuenta factores sociales, legales y médicos.

Conclusiones: la Detección y Notificación del MTF es responsabilidad de toda la población, por lo que es necesario concienciar de la trascendencia del problema. Es imprescindible elaborar protocolos actualizados para que sirva de guía a los profesionales tanto a nivel hospitalario, como de servicios de urgencias ambulatorias o consultas de atención primaria, así como formarles adecuadamente.

Palabras clave: maltrato infantil físico, protocolo, sospecha, detección, notificación, Servicios de Urgencias.

Abstract

Child Maltreatment (CM) is a public health problem that affects children and teenagers worldwide. Its real incidence is unknown due to the difficulty of detection. Although physical abuse is the most frequent or the easiest to detect, their consequences accompany the victim throughout his or her life and have a negative impact on him or her. Our goal is to develop a protocol for initial evaluation in the emergency service, in the event of suspicion of physical abuse in pediatric patients attended in the emergency service, where social, legal and medical factors should be taken into account.

Conclusions: the detection and notification of CM is the responsibility of the entire population, and it is therefore necessary to raise awareness of the importance of the problem. At the hospital, outpatient emergency services and primary care level, it is essential to develop updated protocols to serve as a guide for professionals, as well as to train them.

Key words: physical child abuse, protocol, suspicion, detection, notification, emergency services.

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 2020 el maltrato infantil como los abusos y la desatención de la que son víctima los menores de 18 años, pudiendo manifestarse en forma de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, teniendo o pudiendo tener consecuencias negativas para la salud, el desarrollo y la dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia, en un contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder⁽¹⁻³⁾. Además, la exposición a violencia de pareja también puede a veces ser incluida entre las formas de maltrato infantil⁽⁴⁾. El maltrato puede ser por acción o por omisión (Negligencia)⁽⁵⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

Existe un desconocimiento real de su incidencia, pero los datos publicados por la OMS estiman incidencias muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. Se calcula que cada año mueren por homicidio 41.000 menores de 15 años⁽⁶⁾. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

El informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de 2020 recoge que alrededor de mil millones de niños internacionalmente son víctimas de algún tipo de maltrato cada año^(7,8). De estos niños, 300 millones tienen entre 2 y 4 años cuando son víctimas de castigos violentos por parte de sus cuidadores, uno de cada cuatro vive en un contexto de violencia de género donde su madre es la víctima, 40.140 niños fueron víctimas de homicidio.

Además, la OMS notificó el 31 de diciembre de 2019 el Covid-19, con el objetivo de controlar la enfermedad y su propagación, numerosos países alrededor del mundo tuvieron que adoptar medidas sanitarias excepcionales. Entre estas medidas se encuentra el aislamiento domiciliario, identificado como un factor de riesgo para el incremento del maltrato infantil al aumentar la exposición de los niños a la violencia, el contacto estrecho familiar y los conflictos de carácter socioeconómico⁽⁹⁾. Según Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) el incremento del maltrato infan-

til ha sido del 10% durante el confinamiento por COVID-19.

En España actualmente, la base de datos utilizada para el registro de datos de casos de sospecha infantil es la aplicación online Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia (RUSSVI) cuyo funcionamiento consiste en la carga directa de las notificaciones de los operadores de los diferentes servicios de protección, por lo que son registros de gran fiabilidad. Según los datos recogidos por esta aplicación, en 2020 se produjo un aumento del total de notificaciones del 2,1%, principalmente en las Comunidades Autónomas de Andalucía (68%), Cantabria (40%) y la Comunidad Valenciana (41%). Por otro lado, en las Ciudades de Ceuta y Melilla hubo una disminución del número de notificaciones del 65% y el 52% respectivamente.

Respecto al género, el masculino sigue siendo mayor el porcentaje de víctimas (53,8%) en 2020. La mayoría de las notificaciones son referentes a menores de edad de nacionalidad española (86%) frente al 14% de los menores extranjeros.

En cuanto a los grupos de edad, el mayor número de notificaciones son relativas al tramo de edad entre los 11 y los 14 años, seguido del tramo de 15 a 17 años^(10,11). Sin embargo, el menor número de notificaciones corresponden al tramo de los 4 a los 6 años. En concreto el maltrato físico es más frecuente entre los 2 y los 4 años y constituye la segunda causa de muerte en menores de 5 años, exceptuando la época neonatal.

En cuanto al origen de las notificaciones, la mayoría proceden de los servicios sociales (39,2%), seguidas de la categoría "otros" (30%), en tercer lugar, el ámbito educativo (12%), a continuación, los cuerpos de seguridad del Estado (9,3%) y, por último, las procedentes de los servicios sanitarios (9%).

FACTORES DE RIESGO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE (NNA) Y DE LA PERSONA AGRESORA. FACTORES PROTECTORES

Tablas 1 y 2.

CLÍNICA

Los pacientes se pueden incluir en dos grandes grupos, aquellos en los que la familia nos refiere

TABLA 1. Factores de riesgo del niño, niña y adolescente (NNA) y de la persona agresora

Factores del niño	Factores de la familia y/o cuidadores	Factores sociales y comunitarios
<p>Los niños son las víctimas y nunca se les podrá culpar del maltrato. Sin embargo, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad inferior a 4 años y la adolescencia • El hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres • Tener necesidades especiales o tener rasgos físicos anormales: Deficiencias físicas o psíquicas, dependencia biológica y social • Niño hiperactivo, prematuro, discapacitado. 	<p>Características de la familia y el entorno que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familias monoparentales Embarazo no deseado • Padres adolescentes • Padre o madre no biológico • Abuso de drogas o alcohol • Historia de violencia en la familia • Bajo control de impulsos • Trastorno psiquiátrico en los padres. • Deficiencia mental • Prostitución • Separación en el periodo neonatal precoz • Abandono • Fallecimiento de uno de los cónyuges • Antecedente de maltrato familiar 	<p>Características diversas de las comunidades y de las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las desigualdades sociales y de género • La falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones • Los niveles elevados de desempleo o pobreza • La disponibilidad fácil del alcohol y las drogas • Las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato. • La pornografía, la prostitución y el trabajo infantil • Las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada género • Las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

NNA: Niño, Niña, Adolescente

TABLA 2. Factores protectores del niño, niña y adolescente y de la persona agresora

Factores asociados al cuidador/a directo	Factores asociados al niño y niña	Factores relacionados con el ámbito familiar	Factores culturales sociales y económicos
<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia en el cuidado de menores • Coeficiente intelectual elevado • Antecedentes de maltrato identificados, procesados y madurados por la víctima • Habilidades interpersonales • Capacidad para el control de impulsos • Satisfacción personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo deseado • Adecuado apego • Satisfacción con el desarrollo del niño 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar • Ausencia de situaciones vitales de estrés • Familia armónica, con buenos canales de comunicación • Actitud de respeto entre los convivientes • apoyo por parte de otros familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura económica de las necesidades básicas • Buena acogida y apoyo en el entorno de la convivencia • Participación en programas de inclusión o integración • Participación en programas de salud • Actitud cultural conciliadora • Rechazo cultural explícito de cualquier forma de violencia

que el menor puede estar siendo sometido a un maltrato físico y aquellos en las que vemos lesiones sugestivas de abuso.

La entrevista clínica debe realizarse de forma estructurada, siendo fundamental en la detección de casos de maltrato⁽¹²⁾.

En el caso de aquellos pacientes que acuden, por una lesión sin referir que sea debida a abuso, podemos encontrar una serie de datos en la anamnesis que nos hagan sospechar un origen intencional de la lesión (lesiones centinelas) como son:

- retraso en la solicitud de asistencia;
- nulas o vagas explicaciones sobre el mecanismo de producción de la lesión;
- explicación no acorde con la lesión o el desarrollo del menor;
- distintas versiones de la historia y/o accidentes repetidos.

Las lesiones que nos podemos encontrar en los casos de maltrato físico son muy variables y a veces difíciles de distinguir de aquellas de origen no intencional.

Se exponen las lesiones más frecuentes y las características propias de una etiología intencional:

Lesiones cutáneo-mucosas (hematomas, contusiones, equimosis, erosiones, heridas inciso-contusas, pinchazos, cicatrices)

Se aconseja realizar fotos con consentimiento de los tutores.

TEN-4 FACES (Pierce 2010) T (Torso) E (Orejas) N (Cuello) 4 (< 4 años)

El acrónimo TEN-4 FACES recoge de manera simplificada las principales características de este tipo de lesiones. Es útil para ayudar a evaluar a niños menores de 4 años con hematomas, para identificar cuando estos, son más probablemente causados por abuso que por lesión accidental.

FACE: Frenillo, Ángulo mandibular, Mejillas, Párpados.

Localización: zonas no habituales de traumatismo y no prominentes (“zonas de castigo”) (Fig. 1); fundamentalmente en tórax, orejas y cuello, área peribucal y periocular, área genital, nalgas o muslos.

Morfología: que reproduzcan la forma de algún objeto (cinturón, hebilla, regla) asociación de petequias perilesionales. Pueden ser lesiones múltiples, que podrán estar en distinto estadio evolutivo y/o cicatrización. El color de la lesión puede variar desde rojo o azulado violáceo, en las primeras 72 horas, tras producirse la lesión. Entre el 3^{er} al 7^o día de evolución, oscila de verde a amarillo verdoso. Por último, desde la primera semana hasta la cuarta, las lesiones adoptan un color entre amarillo a

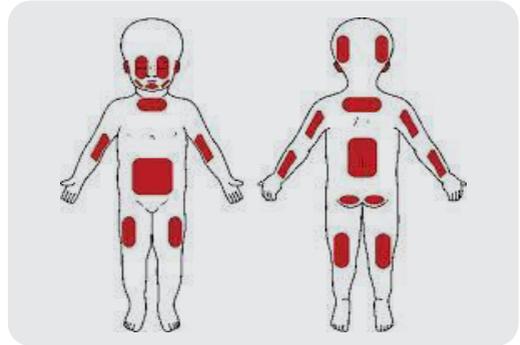


Figura 1. Zona de castigo. Abusive bruising patterns. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2010 Dec; 95(6): 170⁽¹³⁾.

amarillo-marrón. Debe tenerse en cuenta que en los lactantes la evolución hacia la resolución de las lesiones es más rápida.

Edad: cualquier hematoma en un menor de 4 años en regiones TEN. “Ojo con las manchas mongólicas”, porque podremos estar sobrevalorándolas como lesiones de abuso

Quemaduras/Escaldaduras

Localización: zonas cubiertas o zonas de castigo.

Morfología: bordes nítidos, no presenta lesiones de salpicadura, profundidad homogénea, generalmente quemaduras 2^o-3^{er} grado, forma de guante/calzetín o casquete o circulares (cigarrillos) o que reproduzca objetos. Al igual que en las lesiones cutáneo-mucosas, pueden estar en estadios diferentes.

Mordeduras

Localización: Sobre todo en zona no expuestas.

Morfología: Reproducen la arcada dentaria humana en forma ovoide. Suelen ser recurrentes (aisladas o múltiples).

Diagnóstico diferencial:-mordedura de un perro (suelen presentar marcas punzantes o desgarrros del tejido); autolesiones (trastorno psíquico, metabolopatías); mordedura de otro niño, cuya distancia intercanina, suele medir menos de 2.5-3 cm.

Si la mordedura es fresca y hay posibilidades se podría recoger para realizar ADN de la saliva.

Lesiones osteo-articulares

Los factores de riesgo que debemos evaluar son la edad del niño, principalmente en los menores de

2 años; la localización de la fractura y el número de fracturas. Es fundamental indagar el mecanismo de producción de la lesión y quien era la persona que estaba cuidando al menor. Debe mantenerse un alto índice de sospecha ante cualquier fractura en un niño que no deambula.

Observar la piel cuidadosamente en busca de “marcas de agarre”, si bien la ausencia de hematomas no excluye la fractura.

Las fracturas metafisarias características de maltrato pueden catalogarse en 3 tipos según su gravedad.

- **Tipo I:** en la que se aprecia una línea radiolúcida metafisaria correspondiente a la fractura y/o imagen en esquina y/o en asa de cubeta. Evolucionan sin deformidad metafisaria.
- **Tipo II:** en la que la fractura forma un bloque separado del resto del hueso, adoptando una forma en luna en cuarto menguante. Evolucionan sin o con leve deformidad metafisaria.
- **Tipo III:** en la que existe un gran desplazamiento de la plataforma metafisaria junto a un mayor o menor grado de luxación articular. Evolucionan con gran deformidad metafisaria.

Existen varios tipos de fractura que se han relacionado con una probabilidad mayor de que la etiología sea intencional:

- **Fracturas costales:** Más en los arcos posteriores o laterales. Traumatismo en las metafisis debido a golpes violentos, estiramientos y desplazamientos epifisarios.
- **Fracturas de huesos largos:** Predominan las fracturas espiroideas u oblicuas, siendo características las que afectan las metafisis, en asa de cubo o en las esquinas. Las fracturas de fémur suelen ser más características de los menores de un año; las de húmero en menores de 3 años. Las del eje proximal y medio son probables que sean debidas a abuso, más que las distales. Las supracondíleas menos probable que se deban a MTF.
- **Fracturas vertebrales:** por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión forzadas, o por impacto directo

Traumatismo craneoencefálico no accidental (TCNA)

Es característico el “Síndrome del niño sacudido”, el cual puede estar producido por trauma-

tismo directo de la cabeza contra un objeto, o por movimientos de sacudida del cuerpo del niño, de manera brusca y enérgica. En este tipo de acciones se producen desgarros de los puentes venosos entre la corteza cerebral y los senos dúrales. Estas lesiones suelen encontrarse en la zona parietal, frontal y temporal. Clínicamente se puede expresar como crisis convulsivas, coma, lesiones cerebrales permanentes, ceguera, discapacidades del desarrollo y una mortalidad próxima al 25%.

Fracturas craneales: Las asociadas a mecanismo no intencional suelen ser lineales y parietales. Son sugestivas de maltrato las que son bilaterales, complejas y de trayecto anfractuoso, deprimidas o que atraviesan suturas. Si la energía del impacto es muy elevada, se asocian a hematomas subdurales.

Hemorragia intracraneal: el hematoma subdural es el tipo más común en el maltrato, aunque puede visualizarse cualquier tipo de sangrado. En caso de sospechar un origen intencional, se debe explorar el fondo de ojo buscando hemorragias retinianas, ya que estas son muy específicas de abuso, persisten hasta 3 a 4 semanas tras la agresión y suelen ser bilaterales.

La presencia de tres o más de los siguientes signos se asocia a TCNA con un valor predictivo positivo:

- Fracturas de costillas.
- Hemorragias retinianas.
- Fracturas de huesos largos.
- Lesiones en zona TEN.
- Apnea.
- Convulsiones.

Lesiones viscerales

Sospechar siempre, ante un menor de 3 años con historia referida por el acompañante no creíble o dudosa, con afectación de vísceras huecas. No suelen asociarse a hematomas cutáneos. La mortalidad se establece en torno al 53%

Tipología: contusión, hematoma pulmonar, neumotórax, contusión esplénica y renal; desgarramiento mesentérico y hepático, traumatismo cardíaco. Las hemorragias renales son debidas a fuerzas aceleradas repetidas (sacudidas), etc.

Síntomas: hinchazón y dolor abdominal, dificultad respiratoria, vómitos y/o hemorragias. La

auscultación abdominal antes de la palpación puede determinar un silencio abdominal.

Otras lesiones posibles

Envenenamiento: si se evidencia administración/ingestión de una o más sustancias tóxicas.

Lesiones mucosas: principalmente la rotura del frenillo labial, sospechar que el origen es no accidental, si se trata de un niño menor de 2 años sin una explicación clara.

Alopecia: sospechar si presenta combinación de zonas de pelo sano con zonas de arrancamiento, localización occipital u occipito-parietal y/o diferentes estadios de evolución, sin que siga una distribución determinada. Es característica la presencia de un hematoma por debajo de la zona lesionada.

Daño por frío: sospechar si presenta hipotermia sin una explicación adecuada o lesiones por frío (inflamación y eritema de manos o pies).

EVALUACIÓN O DIAGNÓSTICO

Evaluación clínica inicial (TEP más ABCDE), para detectar al paciente inestable e iniciar estabilización.

Siempre que se evalúe a un paciente se debe ser minucioso, más cuando valoramos a un paciente que consulta por una lesión que podría ser de origen intencional, por lo que la historia clínica y la exploración física serán detalladas, buscando hallazgos compatibles con maltrato⁽¹⁴⁾.

RECONOCER E IDENTIFICAR una posible situación de maltrato físico, debe ser lo más precozmente posible para evitar la gravedad de las consecuencias para el niño.

El diagnóstico de un caso de MTF debe realizarse en base a cuatro elementos:

Historia: datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, médico, policía, trabajador social, etc., y/o otras personas, vecinos, amigos, parientes, etc.). Hacerla exhaustiva, con antecedentes familiares, embarazo, atención prenatal, historia clínica del desarrollo del niño, etc.

La historia debe ser realizada por el facultativo más experto disponible, entrevistará a los acompañantes del menor, sin que este esté presente, para que no pueda contaminar el relato del menor.

El relato del menor también tiene que realizarse a solas, pero sí este está incomodo ante estas

circunstancias, estará presente el acompañante, advirtiéndole que no debe intervenir. Se debe pedir el consentimiento al acompañante (puede ser verbal).

Siempre en la entrevista con un menor, debe existir un testigo.

Adaptar las preguntas a la edad y nivel de desarrollo, sin forzar y siempre reforzando la idea, de que ha sido muy valiente al contar los hechos, desculpabilizándole y asegurando que no va a crear ningún problema.

El relato se escribirá en el informe con las palabras utilizadas por el menor entrecomilladas

Se ubicará al menor en un lugar que garantice su intimidad, confidencialidad seguridad y protección.

Examen psicológico-médico: existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y la conducta del agresor / acompañante.

Pruebas complementarias: realización de pruebas médicas (radiología, análisis), psicológicas (test, entrevistas), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.

Datos sociales: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del MTF. Valoración de los factores protectores del NNA y su entorno familiar y social, que según la OMS, sería valorar las características individuales, de la familia, grupo o comunidad que favorecen el buen desarrollo humano y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo.

Para establecer el diagnóstico, es importante valorar la presencia de indicadores sugestivos de maltrato. Los indicadores son aquellos datos derivados de la historia, de los exámenes médico-psicológicos y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos.

Los **indicadores físicos** son los recogidos en el apartado “Clínica” y se resumen en el acrónimo TEN-4 FACES.

Indicadores comportamentales en la víctima

Se extraen de la observación de la conducta del NNA, con respecto a la persona adulta que le acompaña. Es recomendable anotar qué profesional es el que efectúa esta valoración.

- Parece tener miedo a sus padres o cuidadores.
- Cuenta que alguno de sus padres le pega normalmente.

- Se muestra receloso(a) en cuanto al contacto físico con los adultos.
- Se adapta fácilmente con adultos desconocidos.
- Se adapta fácilmente cuando le ingresan en el hospital.
- Demuestra pasividad y comportamiento retraído, tímido, asustadizo; tendencia a la soledad y aislamiento.
- Muestra una actitud de auto culpa y aceptación de los castigos.
- Presenta sentimiento de tristeza y depresión.
- Presenta abuso de drogas y alcohol desde edades tempranas.
- Siente inquietud desmedida por el llanto de otros niños.

Indicadores comportamentales en los padres/madres/tutores

- Utilizan una disciplina severa, impropia para la edad del niño.
- No dan ninguna explicación con respecto a la lesión, o esta es ilógica, no convincente o contradictoria.
- Parecen no preocuparse por su hijo.
- Perciben al niño de manera negativa.
- Abusan del alcohol u otras drogas.
- Intentan ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de esta.
- Culpabilizan al cónyuge como causante del maltrato.
- Se contradicen mutuamente ante la causa de la lesión.
- Existe un retraso indebido o sin explicación en buscar y proporcionar atención médica al niño.
- Si un padre/cuidador se niega a permitir que el niño hable por sí mismo con el profesional médico.
- Se registran repetidos eventos sospechosos sin una explicación médica.

Pruebas complementarias

Tras la evaluación inicial puede estar indicado la realización de pruebas complementarias en base a los hallazgos observados:

- Hematimetría con recuento de plaquetas y coagulación.
- Bioquímica: ionograma, pruebas hepáticas,

creatininfosfoquinasa (CPK), amilasa, lipasa, metabolismo férrico (ante sospecha de traumatismo abdominal se obtendrá de urgencia, si no las pruebas se pueden diferir).

- Orina y sedimento: si traumatismo abdominal, deshidratación o fallo renal agudo, para objetivar la presencia de hematuria. En caso de hematoma subdural realizaremos ácidos orgánicos en orina.
- Detección de tóxicos y medicamentos en sangre y/u orina: si alteraciones del nivel de conciencia, si se sospecha la ingesta u otras vías de contacto con el tóxico.
- Fondo de ojo: debe ser realizado por el oftalmólogo. Lo solicitaremos ante toda sospecha de maltrato en menores de 2 años.

- Radiología

Radiografía específica:

- Menores de 2 años, serie ósea completa
 - Tórax Anteroposterior (AP) y Lateral (L). Oblicuas de costillas.
 - Extremidades superiores e inferiores (AP), incluyendo manos y pies.
 - Columna lumbosacra (AP/L) con pelvis y caderas.
 - Columna cervical (L)

Si se sospecha TCNA con o sin clínica neurológica asociada paciente de “alto riesgo” (fracturas múltiples, lesiones torácicas y/o abdominopélvica) inconsistente con historia:

- Tomografía axial computarizada (TAC) craneal +-RMN
- TAC de columna
- TAC helicoidal en las fracturas complejas
- Mayores de 24 meses. Se solicitará en el área donde se sospeche lesión aguda o crónica.
 - TAC craneal sin contraste: indicado en mayores de 24 meses con presencias de síntomas o signos neurológicos, con o sin otros hallazgos físicos.
 - TAC ecografía abdominal si se sospecha lesión visceral.
 - Gammagrafía ósea: más sensible en menores de 1 año, pero requiere sedación y es más costosa. Poco utilizada.
 - Resonancia magnética (RMN): evalúa las hemorragias agudas y es lo idóneo para valorar una lesión intracraneal.

Actuación	Caso de maltrato evidente o muy sospechoso (caso grave)	Caso no grave, dudoso o sospechoso
Destino	Hospital vs Centro de Acogida (CA)	Domicilio vs Hospital /CA
Comunicación Servicios Sociales/ consulta de pediatría social	Urgente	SÍ
Comunicación juzgado	Urgente	Diferida según seguimiento
Comunicación atención primaria	SÍ	SÍ

Figura 2. Criterios de gravedad.

Ante un caso de sospecha de maltrato es importante conocer si existen más niños en el hogar, y evaluarlos a ellos también en las siguientes 24 horas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No todas las lesiones que parecen provocadas lo son; algunas corresponden a síntomas y signos de enfermedades:

Hematológicas: trastornos de la coagulación, hemopatías malignas, vasculitis postinfecciosa, púrpura trombocitopénica idiopática, prácticas culturales para el tratamiento de algunas patologías (caída de mollera, Cao Gio, Cupping, Moxibustión, Gua Sha, etc.)

Dermatológicas: mancha parda, mancha mongólica, fotodermatitis.

Metabólicas: raquitismo, escorbuto, aciduria glutárica.

Congénitas: osteogénesis imperfecta, síndrome de Ehler-Danlos etc.

Hemorragia intracraneal: déficit de vitamina K, diátesis hemorrágica.

Infecciosas: sepsis, meningitis, sífilis congénita, osteomielitis, impétigo, síndrome estafilocócico de piel escaldada.

Otras: muerte súbita infantil, episodios breves resueltos inexplicados (BRUE: brief resolved unexplained events), epidermolísis bullosa, eritema multiforme. Traumatismo en el canal del parto.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser abordado simultáneamente por un equipo multidisciplinario, que englobe los aspectos médicos, sociales y legales.

- **Atención médica:** En primer lugar, la estabilización siguiendo ABCDE, aunque no sólo implica el tratamiento de las lesiones, que no difiere del tratamiento de estas producidas por otra causa, además tenemos que prevenir, tanto detectando el caso, las situaciones de riesgo; por ello, en ocasiones la hospitalización tiene por objeto, no sólo el tratamiento de las lesiones, sino también la de separar a la víctima del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección intervengan y garanticen la integridad del niño.
- **Atención psiquiátrica o psicológica del NNA y del agresor.**
- **Orientación familiar.**
- **Separación del NNA del medio de peligro.**
- **Medidas de prevención:** Tras llevar a cabo todo el proceso diagnóstico es muy importante la comunicación a otros servicios y la protección del menor. Es nuestra responsabilidad. Tendremos fundamentalmente dos supuestos (Fig. 2):
- **Caso de maltrato evidente o muy sospechoso:** se debe garantizar la seguridad del NNA mediante su ingreso hospitalario. Realizaremos las pruebas complementarias oportunas para confirmar o completar el diagnóstico y se establecerá el tratamiento médico/quirúrgico oportuno. Se debe comunicar el caso de manera urgente a los Servicios Sociales del centro/consulta de Pediatría Social y a la autoridad judicial (telefónicamente y por escrito). Se contactará con el pediatra de Atención primaria. Ingreso Hospitalario
- **Caso no grave, dudoso o sospechoso:** Si el niño no tiene lesiones físicas importantes y se garan-

tiza su seguridad se puede enviar al domicilio. Si tenemos dudas sobre la seguridad del niño estaría indicado el ingreso hospitalario o enviarlo a un centro de acogida, según los organismos de protección a la infancia de cada Comunidad Autónoma.

Se debe comunicar el caso a Servicios Sociales y al organismo autonómico de protección a la infancia y contactar con pediatra de Atención Primaria. Se puede diferir la notificación.

CRITERIOS DE GRAVEDAD

Valorados según la Guía BALORA (Fig. 2)⁽¹⁵⁾.

- Gravedad muy elevada: utilización excesiva de la fuerza física que provoca una lesión muy grave, es decir el niño requiere atención médica urgente (por ejemplo, fracturas de hueso largos, lesiones internas, quemaduras de tercer grado). Se considera “fuerza excesiva” que la intensidad de la agresión física provoca un daño físico considerable al NNA o es claramente desproporcionada en relación con su corpulencia o condiciones físicas, o se prolonga indebidamente (Caso Grave).
- Gravedad elevada: utilización excesiva de la fuerza física que provoca una lesión grave. Una lesión grave no pone en riesgo la vida y no es probable que provoque ninguna incapacidad, incluso si no se proporciona atención médica (por ejemplo, torceduras, conmociones leves, dientes rotos, quemaduras de primero y segundo grado, cortes que necesitan puntos de sutura, fracturas no de hueso largos, etc.) (Caso Grave).
- Gravedad moderada: incluye a aquellos casos donde se utilice habitual o frecuentemente la fuerza física de forma excesiva, produciendo lesiones superficiales o no causando lesiones. Las lesiones superficiales están localizadas en una o dos áreas e implican rozaduras y enrojecimientos de la piel (Caso no Grave, Dudoso, Sospechoso).
- Riesgo leve: utilización habitual o frecuente de la fuerza física, aunque no de forma excesiva, no habiendo provocado lesiones o únicamente enrojecimientos que desaparecen rápidamente (Caso no Grave, Dudoso, Sospechoso).
- No presente: utilización ocasional de la fuerza física, aunque no de forma excesiva, no habiendo provocado lesiones o únicamente enrojeci-

mientos que desaparecen rápidamente. El tipo de castigo es inapropiado en cuanto al tipo (p. ej., cachetes con la mano abierta o estirones de orejas), aunque no se emplea fuerza física excesiva. Normalmente se utilizan estrategias disciplinarias no físicas, ni violentas (Caso no Grave, Dudoso, Sospechoso).

PREVENCIÓN

La prevención del MTF es importante pero difícil y requiere esfuerzos. Los pediatras, como asesores de confianza para progenitores, cuidadores y familias sobre salud y desarrollo pueden jugar un papel importante en la prevención del abuso mediante la evaluación de fortalezas y deficiencias de los cuidadores, proporcionar educación para mejorar habilidades parentales, y promover prácticas parentales adecuadas basadas en evidencia que son enriquecedoras y positivas.

Los pediatras pueden ser eficaces implementando programas de prevención en su comunidad. Finalmente, reconociendo a la violencia sobre la infancia e interviniendo en nombre de un NNA maltratado se puede salvar una vida, proteger al menor de edad de las consecuencias negativas del abuso y salvaguardar sus derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

NOTIFICACIÓN A LAS AUTORIDADES. INFORMES

La notificación es la transmisión de información a las Autoridades competentes sobre el menor en supuesta situación de maltrato⁽¹⁶⁾. Deben notificarse TODOS los casos, tanto los de evidencia objetiva como las situaciones de sospecha. Es una obligación regulada por ley, en la que todos los ciudadanos, y especialmente los profesionales deben comunicar cualquier situación de riesgo:

- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia⁽⁴⁾.
- Código Deontológico de Enfermería Española⁽¹⁷⁾.
- Código de Deontología Médica⁽¹⁸⁾.

Los informes que se deberán rellenar son los siguientes:

1. Hoja de notificación de maltrato infantil (cada Comunidad tiene una específica) Es un docu-

mento desarrollado por el Observatorio de la Infancia en el que se registra toda la información relevante recopilada a lo largo de las etapas anteriores. Deben rellenarse de forma exhaustiva, siendo lo más claro y preciso posible, ya que es una herramienta imprescindible para poder intervenir en el caso. Se realizan 3 copias de este documento:

- Una de ellas va dirigida a los Servicios Sociales, que valorarán la situación, tomarán las decisiones relacionadas con la protección del menor (guarda, tutela o acogida), y realizarán el seguimiento del caso, coordinando a los diferentes órganos que sean necesarios. En los casos leves o moderados, la actuación es competencia de la administración local, y en los graves es competencia autonómica.
- Otra se archivará en la historia clínica del menor.
- Y la última copia se emplea para el registro de datos RUSSVI (Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil).

El RUSSVI es un registro de ámbito nacional en el que se recogen las notificaciones realizadas en cada Comunidad Autónoma, tanto los casos confirmados como las sospechas, lo que permite contar con datos estadísticos sobre el problema.

2. Comunicación con el Juzgado de Guardia para poner en conocimiento a la Autoridad Judicial de la situación. Se lleva a cabo mediante un Parte de Lesiones. En los casos más graves puede notificarse de forma telefónica y enviar posteriormente el parte. Será el Juez de Guardia quien determine la presencia del médico forense si se requiere.
3. Registro en la historia clínica del menor de todas las intervenciones realizadas
4. Comunicación con el pediatra de Atención Primaria para informar sobre la situación y que realice el posterior seguimiento del menor, en colaboración con los Servicios Sociales.

Es responsabilidad del facultativo que atienda al menor asegurarse de que todos los informes están correctamente completados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Humanium [Internet]. [Último acceso 28 de enero de 2024]. Declaración de los Derechos del Niño -

texto completo. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-niño-texto-completo/>

2. UNICEF España [Internet]. [Último acceso 29 de enero de 2020]. Convención de los derechos del niño. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
3. BOE-A-1978-31229 Constitución Española. [Internet]. [Último acceso 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
4. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 8/2021 jun 5, 2021 p. 68657-730. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
5. Maltrato infantil [Internet]. [Último acceso 28 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
6. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. Observatorio de la infancia; 2019 [Último acceso 28 de enero de 2020]. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/Boletin_21_proteccion_accesible.pdf
7. Protocolo 29: El niño hospitalizado por malos tratos y abandono. Protección del menor ingresado y promoción del buen trato [Internet]. SEPIH. [Último acceso 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://sepih.es/protocolos-sepih/protocolo-29-el-niño-hospitalizado-por-malos-tratos-y-abandono-proteccion-del-menor-ingresado-y-promocion-del-buen-trato/>
8. Observatorio de la Infancia - Funcionamiento general del observatorio de la infancia [Internet]. [Último acceso 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/queEs/funcionamiento/home.htm>
9. Impacto de la crisis por COVID-19 sobre los niños y niñas más vulnerables | UNICEF [Internet]. [Último acceso 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-crisis-por-covid-19-sobre-los-ninos-y-ninas-mas-vulnerables>
10. Dirección General de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. 2021 [Último acceso el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/Boletin_PROTECCION_23_DATOS_2020definitivos.pdf

11. Cifras y Datos nº 16: Maltrato infantil [Internet]. [Último acceso 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7309
12. Ruiz Jiménez, J; Cózar Olmo, JA. Maltrato físico. Gancedo Baranda A et al. Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil. Madrid: Editorial Grupo 2. Comunicación Médica; 202: 35-48. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf
13. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Archives of Disease in Childhood - Education and Practice. 2010; 95:170-7.
14. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline (CG89) Publicado: 22 julio 2009. Último acceso: 09 octubre de 2017 Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89>
15. BALORA: instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca [Internet]. [Último acceso 30 de junio de 2014]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3671
16. SEPS | Sociedad Española de Pediatría Social [Internet]. Manual para la atención a situaciones de MALTRATO INFANTIL [Último acceso 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriasocial.es/index.php?area=agenda&accion=ver&id=477>
17. Código deontológico - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. [Último acceso 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
18. Código de Deontología Médica [Internet]. [Último acceso 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/a8774a7d-9930-469e-8753-eb9e51d29318/codigodeontologia/index.html>