



Viernes 6 de febrero de 2015
Taller:
Abordaje integral del maltrato infantil

Moderadora:

Elisa de Frutos Gallego

Pediatra. CAP Dr. Lluís Sayé. ABS Raval Nord.
Barcelona.

Ponente/monitor:

■ **Jordi Pou Fernández**

Pediatra. Profesor titular de la Universitat de Barcelona. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Pou Fernández J. Abordaje integral del maltrato infantil. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 503-9.

Abordaje integral del maltrato infantil

Jordi Pou Fernández

Pediatra. Profesor titular de la Universitat de Barcelona. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona.
jpou@hsjdbcn.org

RESUMEN

El maltrato infantil es antes que nada un problema de salud y, por tanto, un motivo de interés para los pediatras. Su detección es la mejor manera de hacer prevención secundaria. A lo largo de su carrera profesional todos los pediatras deberán enfrentarse a un caso, como mínimo, de maltrato. Por esto es importante conocer las manifestaciones de esta patología y como hacer el diagnóstico y el diagnóstico diferencial. El diagnóstico de maltrato infantil trae consigo una serie de consecuencias relacionadas con la protección del menor y la Justicia que deben ser conocidas y que se deben saber manejar. Finalmente, puesto que es una patología que requiere un trabajo en equipo, es importante que los profesionales sepan cual es su función en el equipo.

En el presente trabajo se abordan algunos aspectos importantes del maltrato infantil que deben ser conocidos por el pediatra.

ABORDAJE INTEGRAL DEL MALTRATO INFANTIL

Podemos asegurar que cualquier pediatra deberá enfrentarse, al menos una vez en su vida profesional a un caso de maltrato infantil. El manejo de estas situaciones crea muchas dificultades porque además de los problemas diagnósticos existen los problemas de relación con los Servicios Sociales y las Autoridades Jurídicas en los que el médico suele estar poco avezado.

Los caminos que pueden conducir una situación de maltrato hasta nosotros son muy diversos:

- Puede ser que alguien, cercano o no al niño, comunique un posible maltrato y nos veamos obligados a corroborarla o descartarla.
- Es posible que el niño presente síntomas que nos lo haga sospechar y debamos tratar de confirmarlo.
- Puede ser que alguno de los hallazgos clínicos lo hagan sospechar y nos obliguen a investigar.

En cualquier caso deberemos actuar como en cualquier otra situación clínica y tendremos que hacer lo mismo que cuando nos encontramos frente a otra patología con la salvedad de que si se confirma el diagnóstico, o existe una sospecha fundamentada de que existe maltrato, nuestro trabajo no terminará hasta que tengamos asegurada la protección del menor. Finalmente, y como consecuencia de nuestro trabajo, deberemos comunicarlo a las Autoridades Judiciales¹.

Aunque en muchos casos de maltrato ha de intervenir la Justicia estamos hablando principalmente de un problema de salud. Sin un médico, un psicólogo o un trabajador social que afirme la posible existencia de un maltrato ni los Servicios Sociales ni las Autoridades Judiciales intervendrán. Por esto decimos que el maltrato infantil es antes que nada un problema de salud del que se deriva una necesidad, la de proteger al niño, y una obligación, la de comunicar un delito.

Es clásico definir diferentes formas de maltrato (Tabla 1) y en cada una de ellas el pediatra debe tener un papel diferente. Por ejemplo, en las situaciones de negligencia o maltrato emocional suele ser un colaborador en el equipo asistencial mientras que otros profesionales (trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras) deben asumir la responsabilidad de decidir si estamos frente a un maltrato o no. En otros casos como por ejemplo el físico, es el pediatra quien está obligado a tirar del carro y tomar la responsabilidad.

Tabla 1. Tipos de maltrato

-
- Negligencia.
 - Psicológico o emocional.
 - Físico.
 - Síndrome de Munchausen por poderes.
 - Abuso sexual.
-

En la Tabla 2 encontramos las funciones del equipo de salud en estos casos.

Como en cualquier otra patología el pediatra debe conocer los signos y síntomas que deben hacer sospechar un maltrato y debe buscar siempre los signos físicos y solicitar los exámenes complementarios que permitan confirmar o descartar el diagnóstico.

La detección de los casos de maltrato infantil es de una capital importancia ya que es la mejor manera de hacer la prevención secundaria del maltrato. Solo con el diagnóstico de un maltrato podremos prevenir que vuelva a ocurrir. No podemos olvidar que un 50% de los niños que han sido maltratados lo volverán a ser si no les protegemos y que en ellos la mortalidad y el nivel de secuelas importantes son elevados.

Es imposible realizar un diagnóstico de maltrato si no se tiene un elevado índice de sospecha. El pediatra que no se plantea esta posibilidad diagnóstica en el momento del diagnóstico diferencial, no lo realiza. Las manifestaciones clínicas que puede tener un niño maltratado son múltiples (neurólogicas, óseas, oculares, metabólicas, etc.), pero las cutáneas van a ser las más importantes ya que se presentan hasta en un 90% de niños afectados de maltrato.

Como pediatras podemos afrontar la exploración de la piel y de otros órganos de un niño maltratado desde dos

Tabla 2. Funciones del equipo de salud

-
- Sospechar la existencia de maltrato.
 - Hacer el diagnóstico.
 - Hacer el diagnóstico diferencial.
 - Establecer el tratamiento (incluyendo el psicológico).
 - Tomar las medidas preventivas necesarias.
 - Asegurar la protección del niño.
 - Comunicar el hecho a las Autoridades Judiciales.
-

puntos de vista. El primer caso es aquel en el que tenemos una sospecha de maltrato y buscamos en la piel otras manifestaciones que nos puedan ayudar en el diagnóstico. Por ejemplo, un lactante de 9 meses presenta un hematoma subdural sospechoso de maltrato. Si en la exploración del niño encontramos según que lesiones cutáneas, a lo mejor podemos corroborar el diagnóstico y, por esto, las buscamos. El segundo se plantea cuando vemos en la piel del niño lesiones que bien nos hacen sospechar o bien nos permiten asegurar que estamos frente a un niño maltratado. Es, pues, de gran importancia para el pediatra conocer las manifestaciones cutáneas del maltrato y saber cómo actuar en su presencia^{2,3}.

En piel y mucosas los hallazgos más frecuentes son los hematomas, las quemaduras y las placas alopécicas.

Debemos sospechar de los hematomas cuando:

- Son muy numerosos (diríamos que fuera de lo habitual) y se encuentran en diferentes estadios evolutivos.
- Se localizan en lugares o zonas poco frecuentes como son las posteriores de las piernas, zonas protegidas por la ropa, hombros y brazos. Deben hacernos sospechar los hematomas que se encuentran en nalgas, cara interna de muslos, espalda, tronco, genitales y, especialmente, en las orejas. En cambio, su presencia en la zona pretibial o antebrazos, en general en zonas en las que hay prominencias óseas, es frecuente en los niños.
- Cuando tiene formas geométricas o formas que recuerdan objetos de uso común (cuchillo, tenedor, cable eléctrico, etc.).
- Cuando tienen forma de boca y se marcan los dientes. En este caso podemos diferenciar si la mordedura ha sido producida por un adulto si la distancia intercaninos es de 3 cm o superior.

Hay que tener precaución en poner fecha a los hematomas ya que muchas veces el color del mismo depende

de muchos factores como pueden ser la edad, intensidad y profundidad del traumatismo, presencia de otras enfermedades. Sin embargo, es importante que el aspecto quede reflejado en la historia clínica con sumo detalle para que pueda ser debidamente interpretado. Es, pues, de una gran importancia el realizar una descripción detallada de las lesiones. Hay que anotar el tamaño, si tiene alguna forma conocida o sospechosa, la localización anatómica precisa y su color. Este último punto es de gran interés pues sabemos que el aspecto del hematoma evoluciona con los días. Es imprescindible precisar el momento evolutivo de la lesión para ver si corresponde con las fechas en las que se nos dice que se ha producido el traumatismo^{4,5}.

Las quemaduras accidentales son menos frecuentes y acostumbran a provocar la consulta inmediata al centro asistencial. Estas lesiones deben hacernos sospechar un maltrato cuando:

- Tienen forma de objeto conocido (plancha, parrilla, cigarrillos, estufa, etc.).
- Tienen bordes muy lineales con ausencia de lesiones satélites cercanas. Los niños que accidentalmente se escaldan la piel sacan bruscamente el miembro escaldado y así es fácil que aparezcan lesiones por salpicadura. Esto no ocurre cuando un adulto pone la pierna o un miembro en una zona caliente.
- Cuando aparecen en zonas poco habituales, porque suelen estar protegidas y difícilmente pueden acceder a la fuente de calor (nalgas, plantas de pies, etc.).

Las quemaduras producidas por cigarrillos suelen aparecer en las extremidades (manos, brazos, piernas, etc.). Tienen un diámetro entre 8 y 10 mm, con aspecto normalmente circular y suelen ser múltiples. Cuando la quemadura se produce accidentalmente es única, de forma más elíptica, más deforme y superficial.

Finalmente examinaremos el pelo en busca de áreas de alopecia, que pueden ser más o menos grandes. Lo característico de estas áreas es el encontrar trozos de pelos rotos ya que se producen por arrancamiento.

Siempre que sea posible es conveniente realizar fotografías de los hallazgos exploratorios, ya que pueden ser de gran utilidad en el caso de que deba intervenir la justicia. En cualquier caso, y aún en presencia de fotos, la descripción detallada es lo más importante.

La exploración de los genitales y del ano puede ser traumática para muchos niños y niñas, motivo por el que se debe actuar con mucha precaución y tacto. Algunos autores han intentado prevenir las consecuencias derivadas de la exploración física (ansiedad, confusión, malestar, etc.), sobre todo cuando es instrumentalizada (colposcopio, etc.) mediante información previa con películas o verbal o, incluso, folletos. Su aportación al diagnóstico no suele ser muy importante ya que en muchos casos no hallamos ninguna alteración, pero cuando la encontramos, su contundencia puede ser definitiva^{6,7}.

Los genitales masculinos suelen aportar muy poca información salvo que encontremos heridas o señales de mordeduras.

La exploración de los genitales femeninos requiere en primer lugar describir la situación en la que se realiza ya que su aspecto puede variar según la posición.

Habitualmente exploramos a las niñas en la llamada posición de rana en la que la niña junta los pies y separa las rodillas dejando al descubierto los genitales externos. Luego con una ligera tracción separamos los labios y podemos realizar la exploración. En las niñas pequeñas y siempre que sea posible es bueno realizar esta exploración en la propia falda de la madre. En algunos casos la tracción puede hacerse con los dedos obteniéndose igualmente un buen resultado, aunque es importante reseñar como se ha hecho. Algunas niñas pueden ser exploradas situándolas en posición de genuflexión y explorando los genitales por detrás. Salvo en los casos en los que es imprescindible, y esto suele ocurrir en las niñas mayores, no deben utilizarse las perneras, que pueden ser muy traumáticas para la niña.

Recientemente se ha publicado un estudio comparativo en el que se demuestra que existen algunas variaciones

en la exploración según la técnica utilizada y que, posiblemente, la posición genupectoral es la que nos aporta más información.

Para una correcta localización de las lesiones, cuando las hay, utilizamos las agujas del reloj de manera que es como si situásemos un reloj imaginario delante de la vulva, marcando las 12 donde se localiza el clítoris y a partir señalásemos a que nivel se encuentra la lesión. De esta manera es fácil localizarlas anatómicamente. Las lesiones que podemos encontrar son variables y sobre todo tiene diferente valor. Algunas pueden aparecer en niñas abusadas pero también en niñas en las que no hay ninguna sospecha de abuso. Las clasificamos como lesiones compatibles de abuso. Un ejemplo, quizás el más frecuente de todos, es la presencia de una vulvovaginitis inespecífica. Otras pueden ser poco frecuentes en niñas no abusadas y frecuentes en niñas abusadas, pero no nos permiten asegurar de forma objetiva, y sin ninguna duda, que ha existido un abuso. Las clasificamos como sugestivas de abuso. Entre éstas encontramos las escotaduras, la asimetría del himen, la apertura exagerada del himen, etc. Finalmente existen las lesiones que nos permiten asegurar sin ninguna duda que ha existido un contacto o penetración (aunque no podremos asegurar con qué). Las clasificamos como de contacto sexual seguro. Entre éstas se encuentra exclusivamente la rotura himeneal. Salvo en este último caso en el que la exploración física nos permite hacer el diagnóstico, en los demás la exploración deberá unirse a la anamnesis.

Es recomendable, siempre que sea posible realizar fotografías de los hallazgos clínicos.

A nivel anal los hallazgos clínicos se clasifican de la misma manera que para los genitales, de manera que podrán ser compatibles, sugestivos o seguros, aparte, como es lógico, de la exploración normal^{8,9}.

La exploración anal se suele hacer con el niño colocado en decúbito lateral, con las piernas semiflexionadas sobre la barriga y separando suavemente con ambas manos las nalgas de manera que nos permita valorar el aspecto del esfínter anal y su tono.

Al igual que hacíamos en el caso de la exploración genital de las niñas, situamos las lesiones siguiendo las agujas del reloj, teniendo en cuenta que las doce estaría situada en la parte superior del ano, junto al periné. Habitualmente el aspecto del esfínter es radial con una serie de pliegues que se juntan en el orificio anal. Son síntomas sugestivos la alteración de los pliegues, bien sea porque están engrosados o porque están alisados, la presencia de fisuras, sobre todo si son profundas, la dilatación anal y la pérdida de la estructura radial normal. El tono del esfínter se puede explorar separando las nalgas con las manos, manteniendo durante unos segundos esta separación y comprobando como el esfínter se abre por sí sólo indicando una pérdida del tono. Este es un signo que puede desaparecer cuando el abuso termina y que se desconoce con exactitud cuánto tiempo puede durar. En nuestra experiencia hemos podido observarlo incluso pasado un mes de la última agresión. El único síntoma que nos permite asegurar que ha habido una penetración es la presencia de desgarras anales. Este es un hallazgo sumamente raro por lo que podemos asegurar que la exploración anal en pocos casos nos permite asegurar la existencia de un abuso.

En algunos niños el motivo de consulta y el único hallazgo exploratorio es la presencia de condilomas acuminados. Los condilomas acuminados son considerados como una enfermedad de transmisión sexual aunque no es la única vía de contagio. Es por ello que todo niño que presenta este tipo de lesiones debe ser estudiado para descartar este posible diagnóstico. En estudios retrospectivos se ha comprobado que la incidencia de condilomas acuminados en casos de abusos es más probable en niños de edades comprendidas entre los cuatro y los ocho años. Puesto que se han descrito otras formas de contagio, incluso a través de fómites la presencia de condilomas acuminados no permite establecer el diagnóstico de abuso aunque obliga a investigarlo¹⁰.

Muchos niños tienen miedo de que el abuso haya podido dejar en ellos secuelas irreversibles de tipo físico y por ello es muy importante que una vez terminada la exploración, siempre que la edad del pequeño lo permita, le transmitamos seguridad y confianza de que todo está normal.

Las exploraciones complementarias en casos de lesiones cutáneas deben hacerse para hacer el diagnóstico diferencial y, por tanto, serán obligadas las pruebas de coagulación en los casos de hematomas. En los casos de abuso sexual, sobre todo si hay presencia de condilomas, puede ser necesaria la investigación de otras enfermedades de transmisión sexual, aunque su rendimiento es muy bajo.

Los exámenes complementarios deben realizarse de acuerdo con la clínica que presente el niño cuando éste es mayor de dos años (tres para algunos autores). En los menores es obligado realizar TAC, serie esquelética, fondo de ojo y gammagrafía ósea, si hace falta, para asegurar o descartar el diagnóstico. Como en cualquier otra enfermedad debemos conocer los síntomas de sospecha, los signos clínicos, y buscarlos, y todo el procedimiento diagnóstico^{11,12}.

Una forma específica de maltrato es el abuso sexual. Las técnicas diagnósticas en este caso son muy específicas y requieren mucha experiencia.

Es, seguramente la forma de maltrato que más nos preocupa a todos por la dificultad diagnóstica y por las consecuencias jurídicas que se derivan. Sin embargo, los pediatras deben tener muy claro que su obligación es buscar el diagnóstico y que su trabajo nada tiene que ver con el resultado judicial.

Los síntomas de sospecha son muchos (Tabla 3) y la anamnesis es, en el caso del abuso sexual, el único elemento diagnóstico en la mayoría de casos. Es, por esto, muy importante hacerla correctamente y sacarle el máximo provecho posible.

Hay que preguntar al niño con preguntas abiertas, sin forzar, sin dirigirle, sin repetir, sin dudar de lo que dice y ofreciéndole mucha seguridad. Los hallazgos físicos suelen aportar muy poca información (Tabla 4). Tan solo en un 5-10% pueden ayudar al diagnóstico. Los exámenes complementarios, cuando están indicados, y esto ocurre pocas veces, son imprescindibles ya que a pesar de contribuir poco al diagnóstico pueden ser muy útiles para

Tabla 3. Indicadores inespecíficos de abuso sexual

- Rabieta, autolesiones, agresiones.
- Trastornos del sueño, pesadillas.
- Trastornos en la alimentación.
- Miedos o fobias excesivas.
- Depresión, baja autoestima.
- Problemas de relación con los compañeros.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Ideas suicidas.
- Enuresis secundaria.
- Somatizaciones (dolor abdominal, de cabeza, etc.).
- Fracaso escolar no esperado.
- Promiscuidad sexual, prostitución.
- Conocimientos sobre sexo no apropiados para la edad.
- Masturbación compulsiva.
- Curiosidad sexual excesiva.

prevenir enfermedades u otros problemas relacionados con la salud, por ejemplo, embarazo).

La consecuencia de un diagnóstico de maltrato o de sospecha fundada de maltrato es la necesidad de asegurar la protección del niño/a. De ello se encargaran los Servicios Sociales y para que ellos se hagan cargo de dicha protección será necesario un informe escrito. La segunda consecuencia es que puesto que el maltrato infantil es un delito, hay que comunicar mediante un informe escrito lo ocurrido a la Autoridad Judicial.

El informe que nosotros emitamos es importante ya que es el punto de partida de todas las acciones preventivas. Ha de ser un informe muy profesional, es decir, en el que consten todos los datos objetivos que poseemos y todos los razonamientos diagnósticos utilizados para alcanzar la conclusión final. No debemos olvidar que será leído

Tabla 4. Síntomas ano-genitales de sospecha de abuso

- Traumatismo ano-genital.
- Dolor anal o genital crónico.
- Infección o secreción genital.
- Cuerpo extraño anal o vaginal.
- Inflamación anal.
- Rectorragia.
- Infección de transmisión sexual.
- Embarazo.
- Disuria.
- Infección urinaria de repetición.

por personas ajenas al mundo de la sanidad y que por esto debe ser inteligible por ellos.

Finalmente, es muy posible que tengamos que asistir a un juicio unos años más tarde. Un juicio por un maltrato o un abuso nunca se produce antes de dos años. A veces podemos ser llamados siete u ocho años después de ocurridos los hechos. Es por esta razón que en la historia clínica deben estar recogidos todos los detalles para poder así recordarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pou J. El pediatra y el maltrato infantil. Madrid: Ergon; 2010.
2. Boos SC, Endom EE, Lindberg DM, Duryea TK, Wiley JF. Physical abuse in children. Diagnostic evaluation and management. [Fecha de acceso 29 nov 2014]. Disponible en http://www.uptodate.com/contents/physical-abuse-in-children-diagnostic-evaluation-and-management?source=search_result&search=Physical+abuse+in+children&selectedTitle=1~150
3. Pau-Charles I, Darwich-Soliva E, Grimalt R. Signos cutáneos del maltrato infantil. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:94-9.
4. Dunstan FD, Guildea ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR. A scoring system for bruise patterns: a tool for identifying abuse. *Arch Dis Child*. 2002;86:330-3.
5. 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.
6. Pou J. Abuso sexual. *Pediatr Integral*. 2014;XVI-II(5):302-11.
7. Jenny C, Crawford-Jakubiak ZE; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013; 132(2):e558-67.

8. Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, Onyekwuluje J, Swan DC, Howard L, et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics*. 2011;128:e658-65.
9. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013;37:465-74.
10. Benjamin LT. Condyloma acuminata (anogenital warts) in children. [Fecha de acceso 29 nov 2014]. Disponible en http://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-children?source=search_result&search=condyloma+acuminata&selectedTitle=3~73
11. Section on Radiology; American Academy of Pediatrics. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics*. 2009;123:1430-5.
12. Duffy SO, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Use of skeletal surveys to evaluate for physical abuse: analysis of 703 consecutive skeletal surveys. *Pediatrics*. 2011;127:e47-52.