

Jordi Pou i Fernández

Hospital San Joan de Déu. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los objetivos de la intervención médica en los casos de maltrato infantil son: establecer el diagnóstico, o la sospecha diagnóstica de maltrato, instaurar el tratamiento necesario y asegurar la protección del pequeño para que no vuelva a ser agredido. Puesto que nuestra actuación puede ser perjudicial para el niño (victimización secundaria) debemos procurar siempre evitar yatrogenia y procurar que nuestra intervención sea lo más completa posible para evitar, en lo posible, repeticiones. El diagnóstico de maltrato infantil suele tener consecuencias legales, motivo por el que, siempre que sea posible, solicitaremos del Juzgado la presencia del médico forense. Si éste está presente, será él quien se ocupará de la parte legal de la intervención (obtención de pruebas y evidencias, protección de las muestras, etc.) y nosotros de la parte asistencial. Si el forense no está presente, nuestra actuación debe abarcar los dos aspectos.

Por todo lo dicho, el primer hecho que debemos tener en cuenta es que, siempre que no sea imprescindible, el paciente no debe ser atendido en Urgencias y debe derivarse a equipos especializados. Consideramos que son situaciones que exigen la intervención en Urgencias las siguientes:

- Agresión reciente (menos de 72 h).
- Posibilidad de pérdidas de pruebas.
- Necesidad de tratamiento médico, quirúrgico o psicológico urgente.
- Necesidad de proteger al menor.
- Presencia de signos o síntomas que hagan sospechar un maltrato.

El proceso de investigación diagnóstico de un posible maltrato puede ser generado por motivos diferentes (Tabla I) pero en todos los casos los pasos a seguir serán los mismos que en cualquier acto médi-

co (anamnesis, exploración física, exámenes complementarios y tratamiento). La única diferencia estriba que en este caso, si el diagnóstico es de maltrato o de sospecha de maltrato, estaremos obligados a asegurar la protección del menor y de comunicarlo a las Autoridades judiciales. Es muy posible que para hacerlo necesitemos la colaboración de otros profesionales (trabajador social, psicólogo) y otros especialistas (radiólogo, ginecólogo, forense, etc.).

ANAMNESIS

La anamnesis puede ser un motivo de sospecha siempre que sea discordante con los hallazgos clínicos. Cuando la realizamos por que ya tenemos la sospecha de maltrato, debe servirnos para ver si hay indicadores, para descartar patologías capaces de explicarnos los hallazgos y en ocasiones para conocer directamente a través de la víctima lo ocurrido.

En la Tabla II, encontramos algunos de los indicadores que deben hacernos pensar en la posibilidad de encontrarnos frente a un maltrato. En los casos de abuso sexual es necesario que el niño nos cuente lo ocurrido. No debemos olvidar que en muchas ocasiones es la única prueba y por tanto es importante recogerla con la mayor exactitud posible. Para ello es necesario tener en cuenta algunos puntos importantes. Nunca debe presionarse al niño haciéndole preguntas directas sobre lo ocurrido y mucho menos sugiriéndole respuestas. Hay que establecer un clima de seguridad y confianza para que nos pueda explicar espontánea y libremente los hechos. Es importante anotar literalmente las palabras utilizadas por el niño, así como los nombres de las personas que cita. Siempre que sea posible hay buscar datos que nos permitan hacer pensar que los hechos se han vivido (sensaciones, olores, detalles, circunstancias específicas,

TABLA I.

- Sospecha de un adulto (madre, padre, policía, familiar, etc.)
- Presencia de indicadores de maltrato (síntomas, vestimenta, actitudes, historia no concordante, etc.)
- Hallazgo de signos sospechosos (hematomas, alopecias, fracturas sospechosas, etc.)

etc.). Es conveniente reseñar la actitud, los gestos, los sentimientos que el niño muestra durante el relato de lo ocurrido. Es muy importante que en todo momento el niño esté convencido de que creemos lo que nos está contando.

En los casos de abuso es muy posible que posteriormente otro profesional (psicólogo) valore la credibilidad y fiabilidad del relato, razón por la que es importante que nuestra anamnesis sea lo más completa y detallada posible.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Debe ser siempre completa, detallada, exhaustiva y debe incluir los genitales y el ano. El principal objetivo es el de buscar lesiones a nivel de la piel, mucosas, pelo, uñas, dientes, ano y genitales. Siempre que sea posible, es de gran interés poder establecer el tiempo de evolución que pueden llevar las lesiones y los mecanismos posibles de producción.

A nivel de la piel, los hematomas y las quemaduras son las lesiones que encontramos con mayor frecuencia. En ambos casos, todas las lesiones que tienen límites rectilíneos, bien delimitados o que presentan formas que sugieren objetos de uso humano deben hacer sospechar maltrato.

Los hematomas que se presentan en zonas poco habituales, zonas cubiertas, en gran cantidad, en diferentes estadios evolutivos y sobre todo si no se explican por el mecanismo de producción que nos relatan tienen que hacernos sospechar la existencia de malos tratos. Es muy importante describir el aspecto y color y a partir de ello, siguiendo las tablas ya existentes, intentar establecer los días de evolución (Tabla III).

Las quemaduras simétricas, con bordes bien delimitados, sin salpicaduras cuando se producen por una

TABLA II.

Manifestaciones físicas

- Retraso pondoestatural
- Falta de higiene personal
- Trastornos relacionados con la falta de nutrición
- Caries dental extensa
- Plagiocefalia o alopecia localizada
- Cansancio no habitual
- Abandono

Manifestaciones de conducta

- Retraso psicomotor
- Trastornos de comportamiento
- Fracaso escolar no justificado

Manifestaciones en la conducta de los padres

- Falta de vacunaciones
- Poca vigilancia
- Falta de atención
- Historia clínica contradictoria o no coincidente con los hallazgos

escaldadura, son sospechosas. También cuando se producen en zonas habitualmente cubiertas y sobre todo si no coinciden con el mecanismo de producción aducido.

Los eccemas y eritemas del pañal mal cuidados, la existencia de cicatrices múltiples y la presencia de signos de falta de limpieza o cuidado son signos cutáneos a vigilar.

A nivel del pelo, las alopecias producidas por decúbitos prolongados o por arrancamiento, en cuyo caso veremos restos de pelos rotos, son sospechosos de maltrato. En los dientes, la falta de piezas por arrancamiento y de mucosas, son poco frecuentes aunque deben buscarse.

Los genitales en los niños aportan poca información. En algunos casos encontramos lesiones producidas por dientes o mordeduras. En las niñas la exploración suele realizarse en posición de rana, si se quiere en brazos de la madre, separando los labios mediante tracción. Nuestra exploración debe investigar la integridad del himen, la presencia de escotaduras o irregularidades sospechosas, lesiones en la horquilla infe-

TABLA III.

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

rior, hematomas, heridas o rascaduras. La apertura del orificio himeneal grande no permite establecer el diagnóstico de abuso pero es un dato que lo sugiere.

El ano debe ser explorado tanto en niños como en niñas. Nuestra observación debe dirigirse a la búsqueda de una imagen radial, con pliegues iguales y tono normal. La presencia de un aspecto distorsionado del ano, de pliegues engrosados o desaparecidos, de fisuras profundas y de dilataciones varicosas (en niños pequeños) en ausencia de otras patologías son sospechosas. El tono del esfínter puede explorarse con el niño en decúbito lateral, con las piernas flexionadas sobre el abdomen, separando ambas nalgas y observando si al hacerlo de forma espontánea el esfínter se relaja, se abre (más de 1,5 cm) y permite observar la mucosa anal (signo de la 0 positivo). La existencia de desgarros anales profundos es el único hallazgo que asegura que ha existido contacto a este nivel.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Siempre que sospechemos este diagnóstico en un niño menor de 2 años estamos obligados a realizar como mínimo una serie esquelética, una TAC y un fondo de ojo para intentar corroborarlo con la presencia de hallazgos demostrativos que pueden cursar con ausencia de clínica. En niños mayores, los exámenes complementarios deben ser solicitados a partir de la orientación que nos da la anamnesis y la exploración física. No debemos olvidar que, en ocasiones, es el hallazgo de una alteración en una prueba complementaria el que nos alerta de la posibilidad de encontrarlos frente a unos malos tratos.

La realización de pruebas complementarias persigue para cada una de ellas uno de estos tres objetivos: descartar patología que nos explique los hallaz-

gos clínicos (una coagulopatía explica los hematomas), establecer una prueba diagnóstica (fracturas múltiples en diferentes estadios evolutivos) o prevenir patología posterior (serologías VHB en una niña abusada).

Dividiremos los tipos de exámenes a realizar en tres grandes grupos: pruebas de laboratorio, pruebas de imagen y otras.

Laboratorio

La realización de un hemograma y recuento leucocitario y unas pruebas de coagulación son necesarias para descartar la existencia de otras enfermedades. La elevación de la CPK y de las transaminasas puede encontrarse en niños sometidos de una forma regular a magulladuras y lesiones musculares.

Los cultivos de secreciones a nivel genital, anal u oral son necesarios en todos los casos de abuso sexual para confirmarlo (si encontramos gonococo o *T. pallidum*) y para tratar cualquier infección que se haya producido.

La prueba de embarazo se realizará sólo en casos indicados en los que deba descartarse esta posibilidad.

Las serologías frente a VHB y VIH, sobre todo, deben hacerse para conocer la situación en el momento del abuso y para establecer la profilaxis cuando esté indicada.

Tanto los cultivos como la prueba del embarazo y las serologías deben practicarse únicamente en casos seleccionados y si están indicados.

Pruebas de imagen

La serie esquelética es obligada cuando hay sospecha de maltrato en niños menores de 2 años. Debe comprender todo el esqueleto. Son sospechosas en este caso las fracturas de fémur, vertebrales, de cráneo si son múltiples y de costillas, y siempre que son múltiples, en estadios evolutivos diferentes o que no encajan con el mecanismo de producción aducido.

La TAC para visualizar la presencia de hematoma subdural es obligado en niños de menos de 2 años. También la RNM no puede ser útil para comprobar este dato en casos que tienen una evolución más larga. La ecografía trans-fontanelar es útil cuando es positiva, pero su negatividad no descarta la presencia de lesiones.

La gammagrafía ósea permite descubrir fracturas que no se visualizan radiológicamente. Estará indicada por tanto en casos muy concretos.

Otras pruebas

El fondo de ojo es un examen necesario en los menores de 2 años en los que se sospecha maltrato. La existencia de hemorragias retinianas a esta edad y en ausencia de otras patologías apoya fuertemente el diagnóstico. Si la revisión es hecha por un especialista experto, permite establecer el momento en que ocurrió.

En las ocasiones en que recojamos pruebas que pueden tener valor judicial es importante asegurar la cadena de custodia. Para ello deberemos entregarlas, en cuanto sea posible, a la policía judicial y tendremos que encargarnos de su custodia hasta ese momento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es muy amplio pero es muy importante hacerlo sobre todo por las consecuencias e implicaciones sociales y legales que pueden derivarse de él. Es necesario establecerlo para cada uno de los hallazgos clínicos: lesiones en piel, fracturas, infecciones, etc., lo cual lo hace muy extenso.

Actitud a adoptar

Existen dos acciones imprescindibles una vez hemos hecho el diagnóstico de maltrato: una, tratar las lesiones y prevenir posibles consecuencias, y otra, asegurar la protección del menor.

Tratamiento

El tratamiento de las lesiones va a depender lógicamente de su naturaleza. Algunas pueden requerir tratamiento quirúrgico (heridas, quemaduras, etc), traumatológico (fracturas, etc.) o médico. En ningún caso debemos olvidar la posibilidad de tratamiento psicológico urgente.

La prevención puede hacerse en casos de abuso sexual frente a posibles infecciones. La prevención frente al VHB se realizará de acuerdo con los resultados de la serología, aunque en Urgencias deberemos aplicar en caso de duda la gammaglobulina y la primera dosis de vacuna. Si existe la posibilidad de contagio por el VIH se puede establecer tratamiento pro-

filáctico, aunque en este caso, puesto que el tratamiento no esta exento de efectos secundarios, es preferible consultar con un especialista si está indicado o no.

Si se desea evitar la aparición de infecciones de transmisión sexual, se instaurará tratamiento con:

- Ceftriaxona: 125 mg, i.m., dosis única.
- Metronidazol: 2 g, vía oral, dosis única (en menores de 7 años 15 mg/kg, cada 8 horas, vía oral, 7 días).
- Doxiciclina: 100 mg cada 12 h, vía oral, 7 días (en menores de 7 años, azitromicina 20 mg/kg, dosis única vía oral, con un máximo de 1 gramo).

El informe debe contener el nombre del pequeño, su edad, la dirección del domicilio habitual, la dirección donde pueden haber ocurrido los hechos, quién acompaña al niño a la visita y la información de nuestra actuación. Dicha información debe ser muy objetiva, indicando sólo los datos observados por nosotros, extensa y detallada y escrita en un lenguaje inteligible por profesionales no sanitarios. Debe incluir nuestro diagnóstico y las medidas tomadas.

La posibilidad de embarazo puede evitarse mediante la administración de estrógenos a altas dosis. Por ejemplo, un preparado que contenga etinilestradiol, 50 µg, y norgestrel, 0,5 mg, administrando dos comprimidos y repitiéndolo a las 12 horas.

Protección

El segundo punto es asegurar la protección del pequeño para evitar que se sigan produciendo malos tratos. Para ello es necesario en muchos casos hacer un informe detallado de lo observado para conseguir la intervención de las Autoridades judiciales. Una buena medida de protección, sobre todo en aquellos casos en los que el diagnóstico no está del todo claro, es ingresar al pequeño en el hospital para estudiar con más calma todas las posibilidades o para acabar de establecer el diagnóstico sin riesgo para el niño.

Informe a las Autoridades

Como hemos dicho en muchos casos el informe será imprescindible para conseguir la seguridad del pequeño, pero además, cualquier profesional que realice el diagnóstico de maltrato o tenga la sospecha fundada de que existe un maltrato está obligado, por Ley, a comunicarlo a las Autoridades.

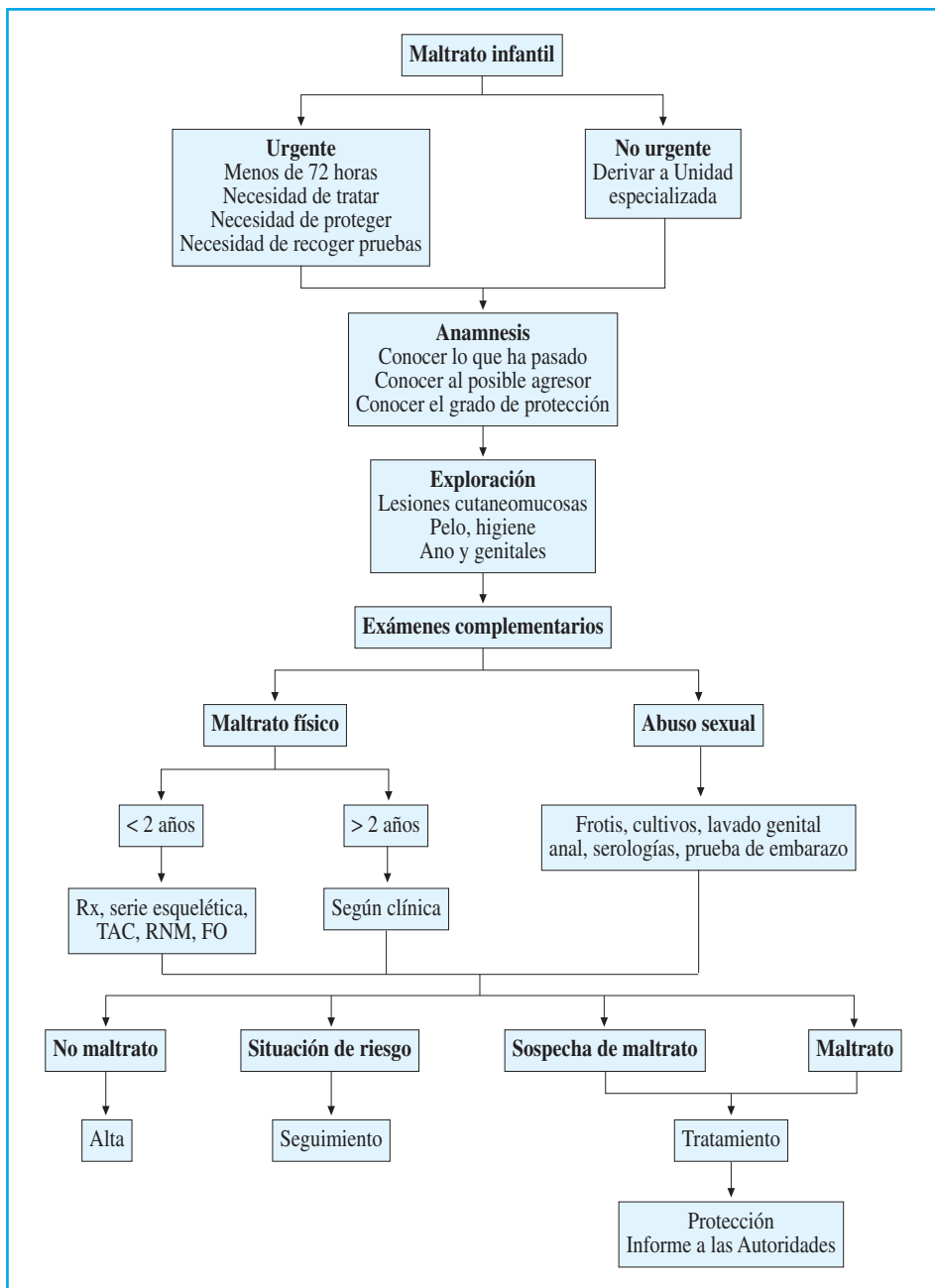


FIGURA 1. Maltrato infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103: 186-191.
2. American Academy of Pediatrics. Diagnosing imaging of Child abuse. *Pediatrics* 2000; 105(6): 1345-1348.
3. BOE 23 de Diciembre de 1996, nº 308, págs. 38203-38221.
4. Christian CW, Lavella JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000; 106: 100-104.
5. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban J. Niños maltratados. Papel del pediatra. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 76- 81.
6. García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 267-271.
7. Muñoz JL, Goded F, Ruza F. Diagnóstico de maltrato en el niño. *Pediatrka* 1996; 16(3): 35-42.
8. Pou i Fernández J. Actuación ante la sospecha de maltrato físico o abuso sexual en un menor. *Pediatr Integral* 2000; 5(7): 751-759.
9. Pou i Fernández J, Ruiz España A, Comas i Masmitjá LI, Petitbó Rafat M^a D, Ibañez Fanés M, Bassets Marill J. Abuso sexual infantil: experiencia de una unidad funcional a menores. *An Esp Pediatr* 2001; 54(3): 243-250.
10. Sicot C. Rédaction d'un certificat en cas de maltraitance à enfant supposée ou avérée: gare aux pièges... *Arch Pédiatr* 2000; 7: 888-890.