

ORIGINAL BREVE

Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas

A. Sabaté Rotés, M. Sancosmed Ron, R. Cebrián Rubio*,
M. Canet Ponsa y M. Martín González

Servicio de Urgencias de Pediatría y Unidad de Atención al Cliente y Trabajo Social, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Recibido el 19 de noviembre de 2008; aceptado el 5 de enero de 2009

Disponible en Internet el 7 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil;
Sospecha de maltrato infantil;
Servicio de Urgencias Pediátricas;
Abuso sexual;
Soporte social

Resumen

Objetivo: Describir la epidemiología del maltrato infantil en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo, desde enero de 2008 a enero de 2006. Se incluyeron pacientes menores de 16 años atendidos en urgencias en los que se sospechó maltrato.

Resultados: De un total de 96.419 urgencias, 71 casos (0,07%) fueron por un potencial maltrato (el 45% físico, el 35% sexual y el 20% por negligencia y abandono). La edad media fue de 6 años, sin diferencias entre sexos. El 86% de los casos consultó por sospecha de maltrato. En un 67% de los casos, el posible maltratador convivía en el domicilio con el menor. Se activó la vía sociojurídica en todos los casos. Ingresaron 24 pacientes, 14 por criterio médico y el resto para protección del menor. Dos pacientes quedaron con secuelas neurológicas graves y uno falleció. Se derivó a 8 pacientes a un centro de acogida.

Conclusiones: Son necesarias tanto la sensibilización y la formación del personal sanitario para la detección del maltrato como la creación de unidades especializadas para el tratamiento y el seguimiento.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Child abuse;
Spouse abuse;
Emergency Service Hospital;
Sexual abuse;
Social support

Suspected child abuse in paediatric emergency service

Abstract

Objective: To describe the epidemiology of child abuse in an emergency department of a tertiary paediatric hospital.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rcebrian@vhebron.net (R. Cebrián Rubio).

Methods: Descriptive and retrospective study from January 2008 to January 2006 including patients less than sixteen years of age who were suspected of being abused during the examination in the emergency department.

Results: Child maltreatment was 0.07% of all paediatric emergencies (45% physical abuse, 35% sexual abuse and 20% neglect). Mean age of 6 years old, with no gender differences. 86% were suspected of maltreatment. An adult living with the child was suspected in 67% of cases. Social and judicial procedures were activated. A total of 24 children were admitted, 14 under medical criteria and the rest in order to protect the child; 2 had serious neurological consequences and one died. Eight patients were discharged to social service care centres.

Conclusions: We believe it is necessary to improve the pediatrician's knowledge of child abuse and to create specialized units.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El maltrato infantil se describió el año 1989 en la Convención sobre los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas¹. En el año 2006, el Grupo de Trabajo sobre Maltrato infantil del Observatorio de la Infancia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) estableció el maltrato como: «acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad»².

El maltrato infantil se puede clasificar como:

- Maltrato físico: toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor.
- Abuso sexual: cualquier comportamiento en el que un adulto u otro menor utilice a un menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.
- Negligencia y abandono: dejar o abstenerse de atender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección; también cuidado inadecuado del niño.
- Maltrato emocional: toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen o puedan provocar en él daños psicológicos.
- Perinatal: cualquier comportamiento de la madre que comporte un riesgo para el feto.

Los signos de alerta son los síntomas, las actitudes, la historia clínica o los hallazgos en la exploración física que no concuerden con un proceso normal de accidente o pérdida de salud del menor.

En los últimos años ha aumentado la detección del maltrato en menores de edad en España³. Según datos facilitados por la DGAIA (Direcció General d'Atenció a la Infancia i a l'Adolescència), los servicios sociales intervinieron en 76 casos de maltrato o sospecha de maltrato durante el 2007 en Cataluña.

En los servicios de urgencias se puede detectar el maltrato infantil. Por esto, los profesionales de la salud deben considerar la posibilidad de maltrato ante todo

paciente que se atienda en urgencias y conocer los signos y síntomas compatibles con este diagnóstico⁴.

Las siguientes se consideran situaciones que exigen la intervención en urgencias^{5,6}:

- agresión reciente inferior a 72 h;
- posibilidad de pérdida de pruebas;
- necesidad de tratamiento médico, quirúrgico o psicológico urgente;
- necesidad de proteger al menor,
- y presencia de signos o síntomas que hagan sospechar un maltrato.

La principal responsabilidad del pediatra es prestar atención médica al menor y activar las vías necesarias para su protección^{6,7}.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado desde enero de 2008 hasta enero de 2006. Se incluyeron pacientes menores de 16 años atendidos en urgencias en los que se sospechó maltrato. Se revisaron las historias clínicas de aquellos pacientes que se diagnosticaron de maltrato o con sospecha de maltrato al alta hospitalaria o se emitió un parte judicial desde el servicio de urgencias. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, país de origen de los progenitores, motivo de la consulta, tipo de maltrato, posible maltratador, tiempo de estancia en urgencias y requerimiento de hospitalización. No se realizó un seguimiento al alta. La sospecha del posible maltratador se estableció a partir de los datos de la historia clínica.

En este servicio, un equipo multidisciplinar atendió al paciente con sospecha de maltrato: pediatra, cirujano o traumatólogo en caso de maltrato físico, y ginecólogo en caso de abuso sexual. En todos los casos, la unidad de trabajo social del hospital valoró a la familia. La valoración psicológica se realizó de forma ambulatoria o cuando el paciente se había hospitalizado. Una vez que el equipo asistencial lo valoró, se siguió el protocolo de maltrato

infantil de la Generalitat de Catalunya³ y, si procedía, se contactó con el juzgado de guardia, la policía autonómica, la fiscalía de menores y la DGAI, que dicta la resolución administrativa correspondiente.

Resultados

Durante el período de estudio se atendió a 96.419 niños en urgencias, en 71 de éstos (0,07%) se sospechó maltrato. La distribución por sexos fue de 33 niños (46%) y 38 niñas (54%), con una edad media de 6 años (intervalo de un mes a 15 años), el 60% eran menores de 5 años (véase la fig. 1). El país de origen se detalla en la figura 2. El tipo de maltrato y la distribución por sexos se detalla en la figura 3.

El posible perpetrador del maltrato fue uno o ambos progenitores o tutores en un 59% de los casos, el compañero sentimental de un progenitor en un 5,6% y un adulto conviviente en el domicilio en un 2,6%.

El motivo por el que acudieron al servicio de urgencias fue la sospecha de maltrato en un 86% de los casos, ya fuera porque un familiar lo sospechaba o porque el menor lo había manifestado. En un 14% de los casos, el motivo de consulta fue otro y se sospechó maltrato al evaluar al paciente.

Un equipo multidisciplinar valoró al paciente y se puso en marcha el protocolo de maltrato infantil de la Generalitat de Catalunya³. La mediana de estancia en urgencias fue de 3 h (intervalo de 10 min a 12 h).

Tras la valoración, se ingresaron un total de 24 pacientes (33%), 14 pacientes por criterio médico y 10 pacientes para proteger al menor. De los 24 pacientes ingresados, 5 requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. El tiempo mediano de estancia hospitalaria fue de 6 días, con un mínimo de 24 h y un máximo de 60 días. Dos pacientes quedaron con secuelas neurológicas graves y un paciente falleció. De los pacientes ingresados, a 16 se les dio de alta a su domicilio y 8 se derivaron a un centro de acogida (véase la fig. 4).

Discusión

Los datos obtenidos en este estudio indican que el maltrato infantil sucede tanto en niños como en niñas y que es más frecuente en edades preescolares. El sexo más afectado varía según el tipo de maltrato, el abuso sexual es más frecuente en niñas y el maltrato físico es más frecuente en

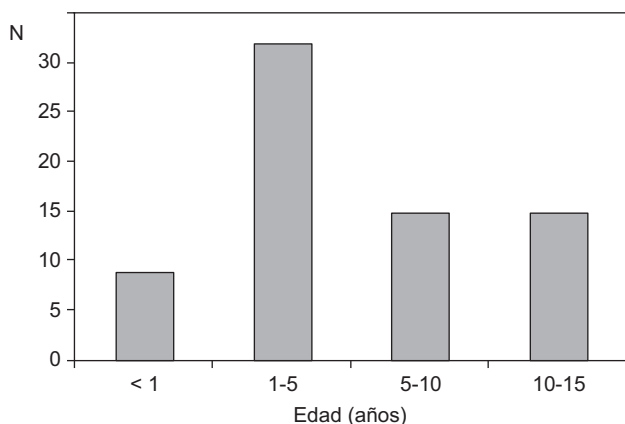


Figura 1 Distribución por edades.

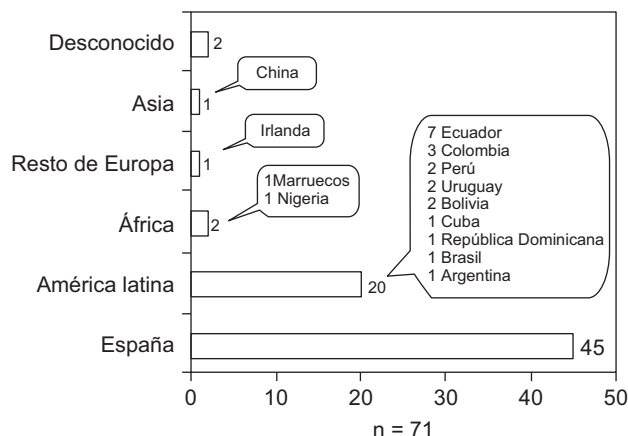


Figura 2 País de origen de los progenitores.

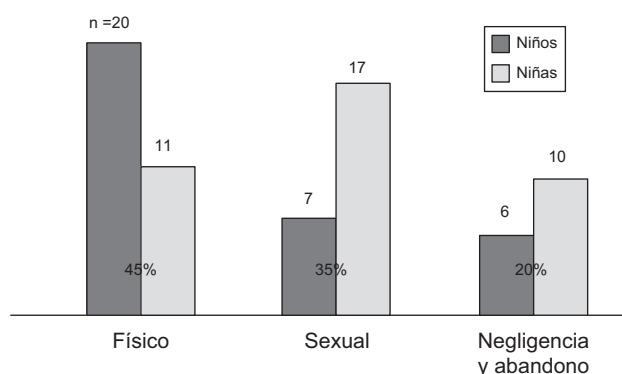


Figura 3 Tipo de maltrato y distribución por sexos.

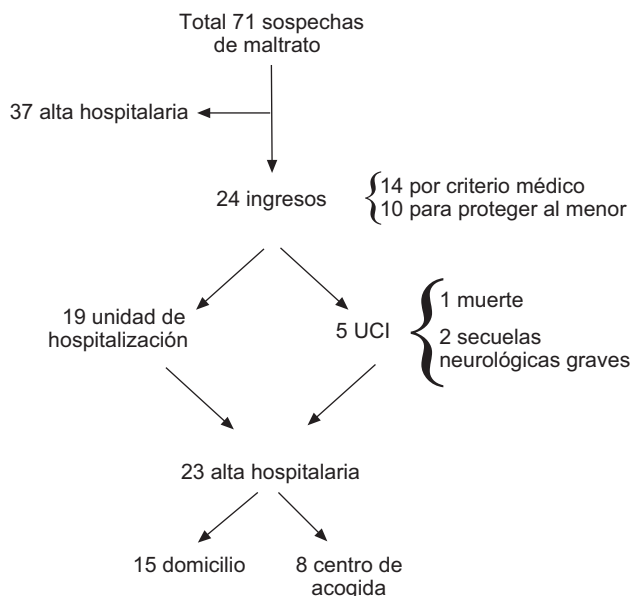


Figura 4 Diagrama de flujo de los pacientes.

niños. Al ser un estudio retrospectivo no ha sido posible evaluar las diferencias respecto del país de origen de los progenitores, pues no se estudió de forma paralela la

población que acudió a urgencias de este centro. En más de dos tercios de los casos (67%), el posible maltratador se encontraba en el propio domicilio. La atención del maltrato conlleva una correcta coordinación entre diversos facultativos y otros profesionales, lo que consume tiempo y recursos hospitalarios. En este estudio, la estancia en urgencias fue de 3 h, de 10 min en los pacientes graves (que ingresaron de inmediato) y llegó a prolongarse hasta 12 h.

Aunque la revisión de las historias clínicas y de los partes judiciales fue exhaustiva, algún caso podría haberse perdido. Asimismo, no ha sido posible conseguir todos los datos para todas las variables estudiadas en todos los pacientes. Por tanto, parece necesario iniciar un estudio prospectivo⁸.

Posiblemente, el aumento de la detección del maltrato en Cataluña los últimos años no se deba a un aumento en su incidencia, sino a una mayor conciencia colectiva. Hoy en día, los casos de maltrato infantil aparecen en las primeras páginas de la prensa y crean una gran alarma social.

El interés de este estudio radica en que refleja la casuística del maltrato infantil en España desde el punto de vista de urgencia pediátrica. En 7 de cada 10.000 niños atendidos en urgencias de este centro se sospecha maltrato. Según los datos disponibles, en Cataluña ha habido 168 casos de sospecha de maltrato infantil en los 2 últimos años. Theodore et al⁹ publicaron en 2004 que 14 de cada 1.000 niños estadounidenses fueron víctimas de negligencia y abandono, abuso sexual y maltrato infantil durante la década anterior.

Los casos de maltrato conocidos por los servicios sociales representan una pequeña proporción de los niños que experimentan abuso y negligencia¹⁰, por lo que es importante la detección en los servicios de urgencias y atención primaria. Por esto, es necesaria la correcta coordinación entre el hospital, la atención primaria y los servicios sociales. No obstante, el conocimiento sobre el maltrato infantil de los profesionales en contacto con niños es aún insuficiente y debería ser parte de la formación médica y de otros profesionales que trabajan con niños¹¹.

Dada la complejidad en la identificación, el tratamiento y la necesidad de seguimiento de estos pacientes, es necesaria la existencia de unidades especializadas en

maltrato infantil, formadas por diferentes profesionales que coordinen eficazmente la labor médica, psicológica y social.

Bibliografía

1. http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm. 1989
2. Díaz Huertas JA, Esteban Gómez J, Romeu Soriano FJ, Puyo Martín C, Gotzens Busquets F, Pastor Aguilar P, Raquena Manzano E, Seiquer Carasa J, Campoy Sánchez MP, Llaquet Baldedeu P, García Pérez J. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de la infancia. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. 2006. <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pdf>.
3. Protocol d'actuació clínicoasistencial de maltractaments aguts a la infancia, Generalitat de Catalunya. 2006. <http://www20.gencat.cat/docs/Sala%20de%20Premsa/Documents/Arxius/8244.pdf>.
4. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban J. Niños maltratados. El papel del pediatra. *An Esp Pediatr*. 2000;52:548-53.
5. Pou I Fernández J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. *Protocolos pediátricos*: 20:109-116. Disponible en <http://www.aeped.es/protocolos/urgencias/index.htm>.
6. Nancy Kellogg MD, and the Comity on Chile Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005; 116:506-12.
7. Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment. *Current Opinion in Pediatrics*. 2008;20:205-12.
8. Shaffer A, Huston L, Egeland B. Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse and Neglect*. 2008;32:682-92.
9. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115: 331-7.
10. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: Negotiating the next steps. *Pediatrics*. 1999; 104:168-77.
11. Johnson CF. Child maltreatment 2002: Recognition, reporting and risk. *Pediatrics International*. 2002;44:554-60.