



Viernes 10 de febrero de 2012

Taller:

Sospecha y detección de abuso sexual y maltrato

Moderadora:

Dolors Canadell i Vilaret

Pediatra. CAP Barberà del Vallès. Barcelona

Ponentes/monitores:

■ **Jordi Pou Fernández**

Jefe del Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Profesor Titular de la Universitat de Barcelona.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Pou Fernández J. Sospecha y detección de abuso sexual y maltrato. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 369-77.

Sospecha y detección de abuso sexual y maltrato

Jordi Pou Fernández

Jefe del Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu.

Profesor Titular de la Universitat de Barcelona.

jpou@hsjdbcn.org

RESUMEN

El maltrato infantil es un problema de salud que afecta a los niños. El pediatra es posiblemente el profesional mejor posicionado para su detección y diagnóstico. El conocer como se debe manejar una situación de sospecha de maltrato y hacerlo adecuadamente permitirá la protección del menor. El objetivo de la atención sanitaria es el de hacer el diagnóstico, el diagnóstico diferencial, instaurar tratamiento y asegurar la protección del menor.

DEFINICIÓN

Decimos que un niño es maltratado cuando es objeto de violencia, física o psíquica, de hecho y/o por omisión por parte de las personas y/o las instituciones de las cuales depende para su correcto desarrollo¹.

Lo importante en esta definición es resaltar la interrelación existente entre las necesidades del niño y el contexto que le rodea. Teniendo en cuenta éste podemos establecer tres grandes apartados en los que se pueden englobar la gran variedad de agresiones y desatenciones que pueden cometerse: contexto familiar-extra familiar; formas activas o pasivas, aspectos físicos y/o emocionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de bienestar completo físico, psíquico y social y no sola-

mente la ausencia de enfermedad o invalidez. La mayoría de las veces el maltrato afecta a los tres aspectos definidos y, por tanto, es un problema de salud que, por ocurrir en la infancia, es campo de intervención de la pediatría. Es importante que los pediatras conozcan esta patología y, sobre todo, sepan cómo actuar cuando se les presenta².

Hay dos cosas que debemos tener presentes. La primera es que por su complejidad no puede ser abordado por un solo profesional y que, por tanto, el trabajo en equipo es obligado. El segundo es que, por su vertiente social, el diagnóstico de maltrato tiene implicaciones judiciales que debemos tener en cuenta.

INCIDENCIA

La incidencia es muy elevada. Un reciente estudio realizado en Catalunya³, y publicado en el 2000, nos da unas cifras de prevalencia de 18,04 % en la población catalana menor de 18 años. Estudios similares realizados en otras Comunidades dan cifras parecidas (tabla 1).

Clásicamente se diferencian 4 tipos de maltrato, aunque en realidad es muy difícil encontrarse con un caso que no presente manifestaciones de más de un tipo de maltrato. Estos son:

- Negligencia o abandono.
- Maltrato psicológico o emocional.
- Maltrato físico, incluyendo el síndrome de Munchausen por poderes.
- Abuso sexual.

Tabla 1. Prevalencia del maltrato infantil³

Lugar	Año	Prevalencia	Edad (años)
Guipúzcoa	1989	15 %	<15
Andalucía	1992	15 %	<15
Castilla-León	1991/1992	15 %	<14
Catalunya	1999	18 %	<18

NEGLIGENCIA O ABANDONO

Entendemos como tal aquella situación en la que las necesidades físicas básicas de un niño y su seguridad no son atendidas por quienes tienen la responsabilidad de cuidarlo. Es la forma de maltrato que se detecta con mayor frecuencia. Aunque no es exclusivo, suele presentarse con mayor frecuencia en clases sociales bajas, marginales, con problemas económicos o hábitos tóxicos.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se alcanza cuando la situación ya se ha hecho patente. La falta de cuidados puede ponerse de manifiesto en aspectos diferentes de los cuidados que el niño necesita. Entre ellos podemos destacar: alimentación, vestimenta, higiene y atención médica, supervisión y vigilancia, condiciones higiénicas, seguridad en la casa y educación.

En la anamnesis podemos comprobar la falta de cuidados médicos, como puede ser la carencia no justificada de vacunaciones, o la existencia de numerosos accidentes o traumatismos, ausencias escolares repetidas, falta de disciplina, etc.

Los niños pueden presentar retraso psicomotor, o trastornos de lenguaje, o déficits motores que aparecen en ausencia de organicidad. La conducta puede también ser anómala, mostrándose indiferente, o muy agresivo con el entorno o consigo mismo, llamando la atención, e incluso con manifestaciones digestivas en forma de vómitos repetidos. La presencia de somnolencia inusitada en la escuela hace pensar en poca atención hacia sus necesidades.

La exploración física puede mostrarnos retrasos ponderostaturales no justificados, en un niño que no presentaba anomalías en un primer momento. Estas manifestaciones son muy evidentes en los menores de 2 años, siendo un hecho claramente demostrativo de la situación, el que mejoran rápidamente cuando se les cambia el entorno, aunque éste sea el hospital. La falta de higiene habitual, sobre todo el eritema del pañal, también es una manifestación del cuadro. Los déficits nutritivos parciales (raquitismo, vitaminopatías), las caries dentales extensas, la

plagiocefalia, las alopecias localizadas y el cansancio no habitual son frecuentes en estos niños.

MALTRATO PSICOLÓGICO

Es aquella situación en la que los adultos responsables del niño, mediante acciones o privaciones, le provocan sentimientos negativos sobre su autoestima y le limitan las iniciativas.

Algunos autores establecen alguna pequeña diferencia entre el maltrato emocional, que representa una actitud activa manifestada por la hostilidad verbal crónica (insultos o amenazas) o por el bloqueo constante de iniciativas, o la intimidación constante o el estímulo hacia conductas antisociales y el abandono emocional, que sería aquella circunstancia en la que el niño carece de estímulo, de soporte y de protección.

Las actitudes más frecuentes que dan lugar a este tipo de maltrato son:

- El rechazo, de forma que se educa al niño desvalorizando continuamente lo que hace.
- El aislamiento, evitando que el niño desarrolle sus iniciativas sociales y sus necesidades de contacto con otros niños.
- El amedrentar, utilizando la amenaza, o incluso castigos ejemplares y creando miedo para educarlo.
- Corromper; enseñándole y estimulándole a mantener conductas no adecuadas a las normas o incluso utilizándole como "tapadera" en algunos hechos delictivos.
- Ignorar; no estando disponible para el niño, o mostrando falta de comunicación.

Las manifestaciones clínicas más importantes en esta forma de maltrato aparecen en la esfera de la conducta y entre ellas las de mayor relevancia son: retraso psicomotor, problemas de aprendizaje, bajo rendimiento

escolar; alteraciones nutritivas, alteraciones en control de esfínteres, conductas demasiado adultas o demasiado infantiles, agresividad o pasividad excesiva, alteraciones psicológicas en forma de fobias, obsesiones, intentos de suicidio. Esta forma de maltrato no acostumbra a presentar alteraciones físicas, salvo la aparición, en niños muy pequeños, de bajo peso e hipotrofia.

MALTRATO FÍSICO

Entendemos como tal cualquier acción no accidental realizada por los padres o personas que cuidan del niño capaz de provocarle daño físico o enfermedad. Una forma poco frecuente de esta forma de maltrato es el síndrome de Munchausen por poderes.

Es mucho menos frecuente que las dos anteriores formas de maltrato, aunque las primeras descripciones médicas correspondían a esta forma ya que, popularmente, se asocia el maltrato infantil al maltrato físico.

La sospecha de que existe un maltrato físico debe establecerse siempre que existe una discrepancia entre los hallazgos clínicos y el mecanismo relatado o, simplemente, por la presencia de unos hallazgos clínicos sospechosos. Existen algunas circunstancias que tienen que ayudarnos a sospechar este diagnóstico:

- Retraso en solicitar la asistencia. Hoy en día los padres tienen fácil acceso a los servicios médicos y lo habitual es que acudan a ellos al menor síntoma de enfermedad. En los casos de maltrato no es raro que después de un traumatismo, incluso siendo grave o potencialmente grave, se tarde unos días en solicitar la asistencia. Esta actitud debe hacernos sospechar esta posibilidad.
- Historia clínica inaceptable. Cuando el mecanismo de producción de las lesiones es discordante con los hallazgos clínicos.
- Historia discordante. Si el relato que nos hacen los padres por separado, en relación al mecanismo de producción de las lesiones, no coincide.

- Historia contradictoria. Cuando, preguntados en diferentes ocasiones sobre cómo se ha producido el traumatismo se nos explican los hechos de diferentes maneras.
- La presencia de otros datos que nos puedan hacer sospechar, como pueden ser signos de negligencia y de maltrato psicológico, rápida mejoría cuando el niño es hospitalizado, antecedentes de accidentes y/o traumatismos múltiples.

La exploración física en estos casos es de una importancia capital. Es necesario buscar los signos a diferentes niveles:

Cutáneo-mucoso

Debemos sospechar cuando nos encontramos con hematomas en diferente estadio evolutivo y en lugares poco habituales (zonas protegidas, lugares no prominentes). En ocasiones la lesión cutánea nos recuerda la forma de un objeto de uso habitual. Hay que sospechar de los hematomas o lesiones traumáticas que presentan formas geométricas. No es infrecuente encontrar lesiones por mordedura que reflejan con exactitud la forma de los dientes. Es importante reflejar en la historia clínica la localización, el tamaño, la forma específica si la hay y, sobre todo, el color del hematoma, ya que éste nos permite poner fecha a la agresión y por tanto comprobar si concuerda con la historia que se nos cuenta⁴.

La presencia de quemaduras no es rara. En ocasiones dibujan perfectamente un objeto (plancha, radiador, cigarrillo). Suelen localizarse en la parte posterior del cuerpo, a nivel de las nalgas, o zona perineal o plantas de los pies. Las lesiones que presentan un borde lineal bien delimitado, con salpicaduras, debe hacernos sospechar.

Las áreas de alopecia en estos casos se producen por arrancamiento de los pelos y deben diferenciarse de otras áreas alopécicas.

En todos los casos va a ser importante realizar un diagnóstico diferencial con patologías que pueden semejar una lesión por maltrato⁵.

Osteo-articular

Lo más demostrativo a este nivel es la existencia de diferentes fracturas en estadios evolutivos diferentes. Por ello la presencia de una fractura sospechosa nos obligará, en los niños pequeños, a realizar una serie radiológica esquelética en busca de nuevas lesiones.

Entre las fracturas que nos deben hacer sospechar tenemos como más importantes:

- Las fracturas de huesos largos, sobre todo de fémur en niños que no andan.
- Las fracturas de costillas, que se producen por presión y compresión directa.
- Las fracturas vertebrales, generalmente por mecanismo de flexión e hiperextensión.
- Las fracturas "de esquina", producidas por un doble mecanismo de torsión y estiramiento.
- Las fracturas craneales múltiples o diastasadas.

Habitualmente la radiología convencional es suficiente para realizar el diagnóstico, pero en ocasiones es necesario recurrir a otras técnicas (gammagrafía, tomografía axial computarizada [TAC], resonancia magnética nuclear [RNM]) para ponerlas de manifiesto⁶. La imagen radiológica puede ayudarnos a establecer el tiempo en que se produjo la fractura⁷ (tabla 2). En aquellos casos en los que la sospecha de maltrato está muy fundamentada y la serie esquelética es normal es recomendable realizar una gammagrafía ósea.

Intracraneal

Suelen asociarse a otras lesiones traumáticas, óseas o cutáneas.

La lesión más característica es el hematoma subdural que se produce por el movimiento de sacudida y que se

Tabla 2. Características radiológicas según el tiempo de evolución de una fractura

Días de evolución	Imagen ósea
0-2 días	Fractura. Tumefacción partes blandas
0-5 días	Fragmentos visibles
10-14 días	Callo. Hueso perióstico nuevo
8 semanas	Callo denso posterior a la fractura

asocia, con frecuencia, a la presencia de hemorragias retinianas. Este cuadro clínico corresponde al descrito por Caffey en 1974 como síndrome del niño sacudido. Es importante tener muy presente, porque son excusas que los maltratadores suelen poner, que estas lesiones no se producen cuando el niño salta estirándose hacia arriba jugando, o se mueve sobre las rodillas ni tampoco cuando se producen caídas a menos que éstas no sean desde alturas muy elevadas o en el contexto de un accidente grave (de circulación, o atropello o similar)⁸⁻¹¹.

Cuando las lesiones son recientes la TAC es capaz de demostrar su presencia. En las antiguas la RNM puede llegar a ser más demostrativa.

Visceral y torácico

No suelen ser muy frecuentes. Se producen como consecuencia de un traumatismo abdominal que comprime el duodeno contra las vértebras, provocando un hematoma duodenal. En muy raras ocasiones puede aparecer una obstrucción intestinal.

Ocular

Las hemorragias retinianas, observadas en la exploración del fondo de ojo son muy características. Suelen producirse, como el hematoma subdural, por el mecanismo de sacudida. Aunque estas lesiones no son patognomónicas de maltrato, sí son muy sugestivas. En el período de recién nacido cabe la posibilidad de que aparezcan sin que correspondan a maltrato. En este caso desaparecen en poco tiempo.

El aspecto de la hemorragia sirve para poner fecha a las lesiones. Así las hemorragias en llamarada desaparecen en una semana y los restos de una hemorragia retiniana no suelen durar más de 3 ó 4 semanas.

Ano-genital

El ano y los genitales deben ser explorados siempre que se sospecha maltrato.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

El síndrome de Munchausen describe un cuadro en el que el enfermo fabrica o simula padecer ciertas enfermedades. El síndrome de Munchausen por poderes se refiere a aquella situación en la que los progenitores, generalmente la madre, provocan enfermedades en el niño.

Fue descrito por primera vez por Meadow¹² y lo definió como "la producción de hechos falsos o la provocación de síntomas y signos de enfermedad por parte de los padres o tutores de un niño para generar un proceso de diagnóstico o de atención médica continuada".

En la mayoría de los casos la inductora era la madre aunque hay casos descritos en que era el padre. La madre se presenta como una mujer muy colaboradora con quienes cuidan del niño, suele tener algunos conocimientos médicos más o menos importantes, y es de destacar que no suele aparecer preocupada por el diagnóstico y pronóstico del niño.

El cuadro clínico es muy abigarrado y se describe como "caos clínico y bioquímico". Las manifestaciones varían continuamente, son múltiples y no coinciden con ninguna entidad conocida. Podemos encontrar hemorragias (hematurias, melenas, hemoptisis), cuadros neurológicos (convulsiones, coma), manifestaciones digestivas (vómitos, diarrea), infecciones diversas, fiebres no filiadas, crisis de apnea, casi ahogamientos. Las muestras biológicas pueden estar contaminadas, apareciendo entonces alteraciones inexplicables. Un dato importante es la observación de

que todo lo que le pasa al niño desaparece si lo separamos de la madre.

El diagnóstico es difícil y el primer paso para hacerlo es sospecharlo. El pronóstico puede ser grave. Hay casos en serie descritos y casos en que el paciente ha muerto como consecuencia de las lesiones sufridas.

ABUSO SEXUAL

Corresponde a aquella situación en la que un niño o un adolescente participa en actividades sexuales, que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad, que él no comprende o para los cuales no está preparado, de acuerdo con su desarrollo, y para las cuales, por tanto, no puede dar su consentimiento.

El primer estudio realizado en nuestro país, en 1995, mostró una prevalencia del 19%¹³. La mayoría de ellos ocurren en el seno de la familia o son causados por personas muy cercanas al niño. Un estudio recientemente realizado en Barcelona, en el año 2007, entre estudiantes universitarios arroja cifras semejantes, una media de 17,9% abusados¹⁴.

La sospecha de un abuso sexual es difícil pues las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas: insomnio, pérdida de control de esfínteres, agresividad, fracaso escolar, trastornos nutritivos, etc. Las conductas sexualizadas, no apropiadas para la edad del niño son las únicas propias del abuso. En ocasiones el relato del niño es el primer signo de sospecha. En estos casos es muy importante estar atento a la petición de ayuda del menor y brindársela desde el primer momento.

La anamnesis, realizada directamente con el niño, es el punto más importante del proceso diagnóstico, ya que a menudo es la única prueba del abuso. Es por ello por lo que se recomienda que sea realizada por la persona más experta. La realización de dicha anamnesis requiere una técnica especial¹⁵. Nunca deben hacerse preguntas directas ni deben ser repetidas. Tampoco deben hacerse preguntas directas que impliquen respuestas directas como sí o no. Es conveniente anotar literalmente lo que el niño

nos cuente. Los dibujos pueden ser útiles para conocer lo ocurrido. En ellos el niño es capaz de reflejar los hechos.

La exploración física debe ser completa, buscando otras manifestaciones de maltrato y debe comprender siempre ano y los genitales¹⁶. A nivel de genitales masculinos no suelen aparecer signos, salvo en algunas ocasiones, lesiones por mordedura. A nivel de genitales femeninos hay que buscar alteraciones en el aspecto y color; las alteraciones en el aspecto del himen, su apertura, los bordes laterales y la fosa navicular. Podemos encontrar eritemas, erosiones, roturas, adelgazamiento de los bordes, escotaduras y roturas del himen o apertura exagerada. La rotura hime-neal es el único hallazgo de seguridad de contacto sexual.

A nivel anal los hallazgos suelen ser inespecíficos. Lo que se suele encontrar es una distorsión de la imagen radial normal del ano. Pueden aparecer fisuras profundas, pliegues engrosados, cambios de pigmentación o desgarro anal. Un signo muy característico es la presencia de una dilatación del esfínter anal superior a 15 mm cuando se explora en decúbito lateral, adoptando forma redondeada, como una O. El único signo de contacto sexual seguro es el desgarro anal.

OBJETIVOS SANITARIOS

Los objetivos de la intervención sanitaria deberían ser¹⁷: sospechar y detectar el maltrato, hacer el diagnóstico, establecer el diagnóstico diferencial, instaurar tratamiento, proteger al niño (prevención secundaria), colaborar con las autoridades judiciales, y colaborar con otras instituciones en la prevención y la docencia.

Es importante resaltar dos hechos muy importantes. El primero es no olvidar nunca que nuestro trabajo no acaba hasta que el niño está debidamente protegido, ya que un niño maltratado tiene un riesgo de un 50% de volver a serlo y un 10% de morir tras la primera detección¹⁸.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de maltrato se hace a partir de sospechas nacidas de la anamnesis o de lesiones orgánicas que nos hacen pensar en esta posibilidad diagnóstica.

En la anamnesis debemos buscar todos los indicadores de maltrato, que son todos aquellos trastornos de conducta antes citados (de la alimentación, de la conducta, del control de esfínteres). Las contradicciones, mecanismos irreales, retraso en solicitar asistencia, deben ser tenidas en cuenta. Siempre que sea posible es bueno obtener el relato directo del niño y plasmar sus palabras literales en la historia.

La exploración física debe ser siempre completa e incluir ano y genitales. Debemos prestar especial atención a las lesiones cutáneas, en especial hematomas y quemaduras buscando la presencia de formas geométricas o imágenes que nos puedan hacer pensar en objetos de uso común. Es importante describir las lesiones para así poder establecer la fecha de su producción. A nivel genital inspeccionaremos el himen, el tamaño de su apertura, la presencia de desgarros y escotaduras de heridas. La situación de las lesiones se establece señalando las agujas del reloj. A nivel anal buscaremos la desaparición de la imagen radial y la presencia de fisuras profundas, pliegues engrosados, cambios de pigmentación, relajación del esfínter.

Los exámenes complementarios tienen tres objetivos: descartar otras etiologías, prevenir enfermedades y comprobar el diagnóstico.

Es necesario realizar pruebas de coagulación y recuento de plaquetas para descartar alteraciones que pudieran explicar los hematomas o las lesiones hemorrágicas. La elevación de la CPK y de la aldolasa suele producirse cuando hay lesiones musculares repetidas y no en una lesión aguda. La realización de otras pruebas de laboratorio, como análisis de orina o pruebas hepáticas, dependerán de la clínica.

En los casos de abuso sexual la realización de cultivos y exámenes destinados a descartar un contagio venéreo o para buscar pruebas de la agresión no se deben realizar en todos los casos y sólo se hará en casos seleccionados¹⁹.

La sospecha de maltrato en un niño menor de 2 años obliga a la investigación sistemática en busca de fracturas.

En estos casos está indicada la realización de una serie radiográfica esquelética, señalando en la solicitud que nos interesa ver el marco óseo y que debe abarcar todos los huesos²⁰. En los niños mayores las exploraciones se indicaran de acuerdo con las manifestaciones clínicas.

La presencia de fractura o sospecha de maltrato en un niño menor de 2 años obliga a la realización de pruebas de neuroimagen (TAC o RNM) en busca de lesiones hemorrágicas intracraneales y a un fondo de ojo para descartar las hemorragias retinianas.

La TAC es superior a la RNM en los procesos agudos para delinear la hemorragia subaracnoidea y valorar las lesiones óseas. Además puede realizarse en el paciente inestable. Para el diagnóstico de hematomas subdurales y epidurales son similares y es menos definitiva en las lesiones intraaxiales. La presencia de hematomas subdurales, sobre todo si son bilaterales y se acompañan de hemorragias retinianas, deben hacer sospechar siempre una situación de maltrato. En nuestra experiencia y en la bibliografía pocas veces, estas lesiones se asocian a caídas banales, que no sean desde gran altura (superior a 1,20 metros) o a traumatismos que no sean muy graves²¹.

La RNM no puede realizarse en el paciente inestable y por ello se usa más en procesos subagudos o crónicos. Sirve para descubrir lesiones cerebrales profundas, determinar la edad de las acumulaciones líquidas extracerebrales y distinguir entre hematomas subdurales crónicos y atrofia cerebral²².

La gammagrafía ósea y la RNM de extremidades u otros huesos son raramente utilizadas, aunque pueden servir para poner de manifiesto lesiones óseas no sospechadas²⁵.

El examen de fondo de ojo también debe realizarse obligatoriamente para descartar la existencia de hemorragias retinianas que, si bien no son específicas del maltrato, son muy sugestivas. Es importante tener muy presente que las hemorragias retinianas no se producen por accesos de tos fuertes, ni convulsiones ni por traumatismos craneales no importantes y que su presencia, sobre

todo si son bilaterales, deben hacer sospechar siempre un maltrato, mucho más si se asocian a hematoma subdural^{23, 24}.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deberá realizarse para cada una de las posibles manifestaciones clínicas.

Conducta, manifestaciones psicológicas

En la mayoría de los casos son inespecíficas y aunque pueden presentarse en casos de maltrato también pueden hacerlo en otros casos.

Lesiones cutáneo-mucosas

Hay que descartar la posibilidad de enfermedades hematológicas que expliquen los hematomas y las hemorragias. Algunas enfermedades dermatológicas pueden conducir a error; como el herpes circinado (que se puede confundir con una mordedura).

Fracturas

Siempre debemos plantearnos la posibilidad de que el origen sea un traumatismo accidental y asegurarnos de que hemos descartado esta posibilidad. La existencia de varias lesiones asociadas ayuda al diagnóstico de maltrato.

Quemaduras

Igual ocurre con las quemaduras, frente a las cuales hay que plantear la posibilidad de un accidente.

TRATAMIENTO

El tratamiento tiene dos aspectos diferentes: el curativo y el preventivo.

El tratamiento curativo debe tener en cuenta siempre la posible necesidad de tratamiento psicológico. Además será necesario tratar las lesiones que se hayan producido

como consecuencia de la situación abusiva (curar las heridas, reparar fracturas).

En relación al tratamiento preventivo debe ir dirigido a la prevención de enfermedades (enfermedad venérea, embarazo no deseado, etc.)²⁶ y además es necesario prevenir la posibilidad de que existan nuevos malos tratos, para lo cual es obligado proteger al niño y, en muchos casos, ello es posible gracias a la ayuda de las Autoridades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. El llibre d'en Pau. Barcelona: Romargraf SA;1996.
2. Dubowitz H, Gardino A, Gustavson E. Child and Neglect: guidance for pediatricians. *Pediatr Rev.* 2000;21:111-6.
3. Ingles i Prats A. El mattractament d'infants a Catalunya. Quants, com, perquè. Barcelona: El Tinter SA;2000.
4. Stephenson T, Bialas Y. Estimation of the age of bruising. *Arch Dis Child.* 1996;74:53-5.
5. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:371-92.
6. American Academy of Pediatrics. Section on Radiology. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics.* 2000;105:1345-8.
7. American Academy of Pediatrics. The Pediatric Emergency Medicine Resource. The Pediatric Emergency Medicine Course. 3ª ed. USA: Strange GR;1998.
8. Caffey J. The wishplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with wishplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics.* 1974;54:396-403.

9. Morris MW, Smith S, Cressman J, Ancheta J. Evaluation of infants with subdural hematoma who lack external evidence of abuse. *Pediatrics*. 2000;105:549-53.
10. Tarantino CA, Dowd D, Murdock T. Short vertical falls in infants. *Ped Emerg Care*. 1999;15:5-8.
11. Tzioumi D, Oates RK. Subdural hematoma in children under 2 years. Accidental or inflicted? A 10 years experience. *Child Abuse Negl*. 1998;22:1105-12.
12. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinderland of child abuse. *Pediatrics*. 1974;2:343-5.
13. López F, Carpintero E, Hemández A, Martín MJ, Fuentes A. Prevalencia y consecuencias del abuso al menor en España. *Child Abuse Negl*. 1995;19:1039-50.
14. Pereda N, Foros M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse Negl*. 2007;31:417-26.
15. Masip J, Garrido E. La evaluación del abuso sexual infantil. Análisis de la validez de las declaraciones del niño. Sevilla: Editorial MAD; 2007.
16. Pou Fernández J, Ruiz España A, Comas Masmitjá, Petitbó Rafat MD, Ibañez Fanes M, Bassets Marill J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr*. 2001;54:243-50.
17. Pou Fernández J. El pediatra y el maltrato infantil. Madrid: Ergon; 2010.
18. Endom EE. Physical abuse in children: diagnostic evaluation and management. Versión 19.3 Septiembre 2011 Up To Date. [Fecha de acceso 15 dic 2011]. Disponible en www.uptodate.com
19. Pou Fernández J. Abuso sexual. Protocolo de actuación. Urgencias y tratamiento del niño grave. Madrid: Ergon; 2000. p.499-502.
20. Belfer RA, Klein BL, Orr L. Use of the skeletal survey in the evaluation of child maltreatment. *Am J Emerg Med*. 2001;19:122-4.
21. Bechtel K, Stoessel K, Leventhal JM, Ogle E, Teague B, Lavietes S, et al. Characteristics that distinguishing accidental from abusive injury in hospitalised young children with head trauma. *Pediatrics*. 2004;114:165-8.
22. Suh DY, Davis PC, Hopkins KL, Fajman NN, Mapstone TB. Nonaccidental paediatric head injury: diffusion-weighted imaging findings. *Neurosurgery*. 2001;49:309-12.
23. Trenchs V, Curcoy A, Morales M, Serra A, Navarro R, Pou J. Retinal haemorrhages in head trauma resulting from falls: differential diagnosis with non-accidental trauma in patients younger than 2 years of age. *Childs Nerv Syst*. 2008;24:815-20.
24. Coats DK. Retinal hemorrhages and accidental household trauma. *J Pediatr*. 2000;136:564-5.
25. Curcoy A, Trenchs V, Pou Fernandez J. Utilidad de la gammagrafía ósea en el diagnóstico diferencial del maltrato infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:83-90.
26. American Academy of Pediatrics. Comité on Adolescence. Emergency contracepción. *Pediatrics*. 2005;116:1026-35.