



Viernes 11 de febrero de 2011

Taller:

“Abuso sexual y detección de maltrato”

**Moderadora:**

Itziar Martín Ibáñez  
CS La Mina, 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](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Pou Fernández J. Abuso sexual y detección de maltrato. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 283-9.



## Abuso sexual y detección de maltrato

Jordi Pou Fernández

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

Profesor Titular de la Universitat de Barcelona

e-mail: [jpou@hsjdbcn.org](mailto:jpou@hsjdbcn.org)

### RESUMEN

El maltrato infantil es un problema de salud prevalente que afecta a los niños en muchos aspectos de su desarrollo. El pediatra es posiblemente el profesional mejor posicionado para su detección y diagnóstico. Conocer cómo se debe manejar una situación de sospecha de maltrato infantil y hacerlo adecuadamente permitirán la protección del menor. Los objetivos de la atención sanitaria en este campo son establecer el diagnóstico, realizar el diagnóstico diferencial, instaurar el tratamiento adecuado y asegurar la protección del menor. Hay dos cosas que debemos tener presentes respecto al abordaje del maltrato infantil. 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. La segunda es que, por su vertiente social, el diagnóstico de maltrato tiene implicaciones judiciales que debemos tener en cuenta.

### INTRODUCCIÓN

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 desarrollo<sup>1,2</sup>.

## INCIDENCIA

La incidencia es muy elevada. Un reciente estudio realizado en Cataluña<sup>3</sup> y publicado en el año 2000 da unas cifras de prevalencia de 18,04‰ en la población catalana menor de 18 años. Estudios similares realizados en otras comunidades autónomas dan cifras parecidas (tabla 1).

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

## 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.

La falta de cuidados puede ponerse de manifiesto en diferentes aspectos de las atenciones que el niño necesita. Entre ellos, podemos destacar: alimentación, vestimenta, higiene, atención médica, supervisión y vigilancia, condiciones higiénicas, seguridad en la casa y educación.

Los niños pueden presentar retraso psicomotor; trastornos de lenguaje, déficits motores y trastornos de conducta en ausencia de organicidad. La exploración física puede mostrarnos retrasos ponderostaturales no justificados en un niño que no presentaba anomalías en un primer momento. La falta de higiene, los déficits nutritivos parciales (raquitismo, otras vitaminodeficiencias), 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.

Las actitudes más frecuentes que dan lugar a este tipo de maltrato son: el rechazo, el aislamiento, la amenaza, el castigo, el miedo, la corrupción, su utilización como "tapadera" en algunos hechos delictivos, la ignorancia y la 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 el control de esfínteres, conductas demasiado adultas o demasiado infantiles, agresividad o pasividad excesiva y alteraciones psicológicas en forma de fobias, obsesiones o 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

**Tabla 1.** Prevalencia del maltrato infantil en España<sup>3</sup>

Lugar	Año	Prevalencia	Edad (años)
Guipúzcoa	1989	15‰	< 15
Andalucía	1992	15‰	< 15
Castilla y León	1991/1992	15‰	< 14
Cataluña	1999	18‰	< 18

correspondían a esta forma, y 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 ayudan a sospechar este diagnóstico: retraso en solicitar asistencia, historia clínica inaceptable, historia discordante, historia contradictoria, presencia de otros datos que nos puedan hacer sospechar (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:

- Hematomas en diferente estadio evolutivo y en lugares poco habituales (zonas protegidas, lugares no prominentes). Es importante reflejar en la historia clínica la localización, el tamaño, la forma específica y, sobre todo, el color del hematoma, ya que este nos permite poner fecha a la agresión<sup>4</sup>.
- Lesiones por mordedura.
- Quemaduras, que en ocasiones dibujan perfectamente un objeto (plancha, radiador; cigarrillo). Suelen localizarse en la parte posterior del cuerpo, a nivel de las nalgas, zona perineal o plantas de los pies. Las lesiones que presentan un borde lineal bien delimitado, con salpicaduras, deben hacernos sospechar.
- Áreas de alopecia, por arrancamiento de los pelos.

En todos los casos es importante realizar un diagnóstico diferencial con patologías que pueden semejar una lesión por maltrato<sup>5</sup>.

- Osteoarticular: lo más demostrativo a este nivel es la existencia de varias fracturas en estadios evolutivos diferentes. Entre las fracturas que nos deben hacer sospechar tenemos como más importantes: fracturas de huesos largos, sobre todo de fémur en niños que no andan; de costillas, que se producen por presión y compresión directa; vertebrales, generalmente por mecanismo de flexión e hiperextensión; "de esquina", producidas por un doble mecanismo de torsión y estiramiento; y craneales múltiples o diastasadas<sup>6,7</sup>.
- Intracraneal: las lesiones intracraneales 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 asocia, con frecuencia, a la presencia de hemorragias retinianas. Este cuadro clínico corresponde al descrito por Caffey en 1974 como síndrome del niño sacudido. Estas lesiones no se producen cuando el niño salta estirándose hacia arriba jugando, o cuando se mueve sobre las rodillas, o cuando se producen caídas, a no ser que estas sean desde alturas muy elevadas o en el contexto de un accidente grave (de circulación, atropello)<sup>8-11</sup>.
- Visceral y torácico: las lesiones a este nivel no son 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. Las hemorragias en llamarada desaparecen en una semana, y los restos de una hemorragia retiniana no suelen durar más de tres o cuatro semanas.
- Ano-genital: el ano y los genitales deben ser explorados siempre que se sospecha maltrato. Las alteraciones que podemos encontrar a este nivel se describen más adelante.

## SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

---

El síndrome de Munchausen, descrito por primera vez por Meadow<sup>12</sup>, consiste en 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.

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

## 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%<sup>13</sup>. 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, con una media del 17,9% abusados<sup>14</sup>.

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.

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. Se recomienda que sea realizada por la persona más experta<sup>15</sup>. Nunca deben hacerse preguntas directas, cerradas ni repetidas. Es conveniente anotar literalmente lo que el niño nos cuente. Los dibujos pueden ser útiles para conocer lo ocurrido.

La exploración física debe ser completa, buscando otras manifestaciones de maltrato, y debe comprender siempre ano y genitales<sup>16</sup>. En los genitales masculinos no suelen aparecer signos, salvo en algunas ocasiones lesiones por mordedura. En los genitales femeninos hay que buscar alteraciones en el aspecto y el color; y alteraciones en el himen (apertura, bordes laterales y fosa navicular). Podemos encontrar eritemas, erosiones, roturas, adelgazamiento de los bordes, escotaduras y roturas del himen, o apertura exagerada. La rotura himeneal 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 en O. El único signo de contacto sexual seguro es el desgarro anal.

## OBJETIVOS SANITARIOS

---

Los objetivos de la intervención sanitaria deberían ser<sup>17</sup>: sospechar y detectar el maltrato, establecer el diagnóstico, realizar el diagnóstico diferencial, instaurar tratamien-

to, proteger al niño (prevención secundaria), colaborar con las autoridades judiciales, y colaborar con otras instituciones en la prevención y la docencia.

Es importante resaltar 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 de un 10% de morir tras la primera detección<sup>18</sup>.

## DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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, sobre todo trastornos de conducta. Las contradicciones, los mecanismos irreales y el retraso en solicitar asistencia deben tenerse en cuenta. La exploración física debe ser siempre completa, e incluir ano y genitales.

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 realización de otras pruebas de laboratorio, como análisis de orina o pruebas hepáticas, dependerá de la clínica. En los casos de abuso sexual, la realización de cultivos y exámenes destinados a descartar un contagio o a buscar pruebas de la agresión se practican solo en casos seleccionados<sup>19</sup>.

La sospecha de maltrato en un niño menor de dos años obliga a la investigación sistemática en busca de fracturas. En estos casos, está indicada la realización de una serie radiográfica esquelética<sup>20</sup>. La imagen radiológica puede ayudarnos a establecer el tiempo en que se produjo la fractura<sup>7</sup> (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. En los niños mayores las exploraciones se indicarán de acuerdo con las manifestaciones clínicas.

La presencia de fractura o sospecha de maltrato en un niño menor de dos años obliga a la realización de pruebas de neuroimagen (tomografía axial computarizada [TAC] y/o resonancia nuclear magnética [RNM]) en busca de lesiones hemorrágicas intracraneales, y de fondo de ojo para descartar hemorragias retinianas. La presencia de hematomas subdurales, sobre todo si son bilaterales y se acompañan de hemorragias retinianas, debe hacer sospechar siempre una situación de maltrato. Pocas veces estas lesiones se asocian a caídas banales, que no sean desde gran altura (superior a 1,20 m), o a traumatismos que no sean muy graves<sup>21,22</sup>.

El 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 traumatismos craneales leves<sup>23,24</sup>.

La gammagrafía ósea y la RNM de extremidades u otros huesos son raramente utilizadas, aunque pueden servir para poner de manifiesto lesiones óseas no sospechadas<sup>25</sup>.

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

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

## TRATAMIENTO

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)<sup>26</sup> 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, per què. 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 imagining of child abuse. *Pediatrics.* 2000;105:1345-8.
7. American Academy of Pediatrics. The Pediatric Emergency Medicine Resource. The Pediatric Emergency Medicine Course. USA: Strange GR ed; 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 hinterland of child abuse. *Lancet.* 1977;2:343-5.
13. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y consecuencias del abuso al menor en España. *Child Abuse Negl.* 1995;19:1039-50.
14. Pereda N, Forns 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 Masmijtjà LI, Petitbó Rafat MD, Ibáñez 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: Ed. Ergon; 2010.
18. Endom E. Physical abuse in children: diagnostic, evaluation and management [fecha de acceso 30/09/2007]. Disponible en [www.uptodateonline.com/utd](http://www.uptodateonline.com/utd)

19. Pou Fernández J. Abuso sexual. Protocolo de actuación. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. Madrid: Ed. 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, Laviates S *et al.* Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized young children with head trauma. *Pediatrics.* 2004;114:165-8.
22. Suh DY, Davis PC, Hopkins KL, Fajman NN, Mapstone TB. Nonaccidental pediatric 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 J. Utilidad de la gammagrafía ósea en el diagnóstico diferencial del maltrato infantil. *An Esp Pediatr.* 2006;65:83-4.
26. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics.* 2005;116:1026-35.