



ORIGINAL

Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento[☆]



Gonzalo Solís-García*, Rafael Marañón, María Medina Muñoz, Sara de Lucas Volle, Marina García-Morín y Aristides Rivas García

Sección de Urgencias de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 26 de julio de 2018; aceptado el 23 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 10 de noviembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil;
Abuso sexual;
Urgencias
pediátricas;
Servicios sociales

Resumen

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas, el manejo y el seguimiento de las sospechas de maltrato infantil diagnosticadas en Urgencias Pediátricas.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, y retrospectivo realizado entre 2008 y 2017. Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos y de seguimiento de los menores de 16 años diagnosticados de sospecha de maltrato. Se realizó un análisis descriptivo y analítico, bivariante y multivariante.

Resultados: Se consideró potencial maltrato en 404 pacientes de 570.648 urgencias atendidas (0,07%). El maltrato físico fue el más frecuente (40,3%). La mediana de edad fue 4,3 años (RIC 1,6-10,2). El 55% fueron niñas, siendo en ellas más frecuente el abuso sexual (OR 3,71; IC95%: 2,23-6,17), y el maltrato físico más común en varones (OR 1,72; IC95%: 1,15-2,57). Un total de 89 pacientes (22%) precisaron ingreso. La edad y el tipo de maltrato se relacionaron de forma independiente con el riesgo de hospitalización. El 56,4% precisó seguimiento adicional; el análisis multivariable mostró mayor seguimiento por Salud Mental en los casos de abuso sexual (OR 3,98; IC95%: 1,93-7,03) y maltrato emocional (OR 4,93; IC95%: 1,82-13,35), y por servicios sociales en los maltratos físicos (OR: 4,39; IC95%: 1,61-11,98).

Conclusiones: En el presente estudio, el maltrato infantil es más frecuente en preescolares. La edad y el tipo de maltrato predicen la necesidad de hospitalización. El tipo de seguimiento está condicionado por el tipo de maltrato padecido.

© 2019 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] El trabajo fue presentado como comunicación larga en la XXIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (2018).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzalo.solis@salud.madrid.org (G. Solís-García).

KEYWORDS

Child abuse;
Sexual abuse;
Paediatric emergency
medicine;
Social welfare

Child abuse in the Emergency department: Epidemiology, management, and follow-up**Abstract**

Objective: To describe the clinical and epidemiological features, management, and follow-up of child abuse suspicions diagnosed in the Paediatric Emergency Unit.

Methods: A single-centre, observational and retrospective study was conducted between 2008 and 2017. Clinical, epidemiological and follow-up data were collected in those patients younger than 16 that were reported as child abuse suspicions. A descriptive and analytic study was performed, as well as a bivariate and multivariate analysis.

Results: A total of 404 out of 570,648 emergency patients (0.07%) were diagnosed with potential abuse. Physical abuse was the most frequent kind of abuse (40.3%). The median age was 4.3 years (IQR 1.6-10.2), and 55% were girls, with sexual abuse being more common in them (OR 3.71; 95% CI: 2.23-6.17), and physical abuse more frequent in boys (OR 1.72; 95% CI: 1.15-2.57). A total of 89 patients (22%) required admission. Age and type of abuse were independently associated with risk of admission. More than half (56%) of the cases required additional follow-up, with sexual (OR 3.98; 95% CI: 1.93-7.03) and emotional abuse (OR 4.93; 95% CI: 1.82-13.35) requiring more mental health follow-up, and physical abuse requiring more social services follow-up (OR 4.39; 95% CI: 1.61-11.98).

Conclusions: In our study, child abuse is more frequent in pre-school children. Age and type of abuse are associated with the need of admission. The kind of follow-up is determined by the type of abuse.

© 2019 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El maltrato infantil continúa siendo una patología infra-diagnosticada que ha adquirido en los últimos años un importante protagonismo¹. Se define, según el Centro Internacional de la Infancia de París, como toda «acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y de su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad»².

El abordaje de esta patología es complejo, y en él los servicios de Urgencias Pediátricas juegan un papel fundamental como puerta de entrada frecuente de estos pacientes al sistema sanitario. Su diagnóstico y manejo suponen un importante desafío, reconociendo qué situaciones requieren intervención inmediata para garantizar la protección del menor, manejando el problema físico, psicológico y social con la ayuda de otros profesionales y actuando de manera sistemática³ para evitar las posibles consecuencias físicas y psicopatológicas tanto a corto plazo como en el desarrollo posterior de estos niños^{4,5}.

En nuestro medio, la magnitud del problema ha sido recogida en estadísticas oficiales por la OMS y el Ministerio de Sanidad^{6,7}, y su epidemiología ha sido descrita en algunos estudios como el de Sabaté Rotés et al.⁸ o el de Trenchs Sainz de la Maza et al.⁹. Sin embargo, el marco temporal de los datos de estos trabajos es limitado, y no existen estudios que describan el manejo de estos pacientes desde los servicios de Urgencias más allá de la actuación inmediata o del ingreso^{10,11}. Dada la necesidad de un abordaje multidisciplinar, el aumento de los casos diagnosticados, y el papel central de los servicios de Urgencias, parece fundamental

conocer qué ocurre con estos pacientes, qué seguimiento se les ofrece y si las características clínicas y epidemiológicas al ingreso se relacionan con su pronóstico o abordaje, tanto desde el punto de vista físico como psicosocial.

El objetivo de este estudio es describir la epidemiología de las sospechas de maltrato infantil en nuestro medio, y analizar el manejo en Urgencias y el seguimiento posterior en función de sus características clínicas y epidemiológicas.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, unicéntrico y analítico, en el que incluyen los niños menores de 16 años con diagnóstico de sospecha de maltrato, atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid entre enero de 2008 y diciembre de 2017. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del centro hospitalario. El diagnóstico fue establecido al rellenar la hoja de notificación a la Comunidad Autónoma de Madrid siguiendo los criterios establecidos por el Observatorio de la Infancia¹². Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos de la historia clínica de los pacientes y del formulario de notificación, así como datos de seguimiento por parte de Atención Primaria, del equipo de Trabajo Social y de los diferentes especialistas que intervinieron en el seguimiento posterior. Entre los datos epidemiológicos se recogieron la edad, el sexo, la razón de la visita a Urgencias, el acompañante, el motivo de sospecha del maltrato y el parentesco con el supuesto maltratador, estos tres últimos en los casos en los que estuviera reflejado en el informe de Urgencias. Para la clasificación del maltrato se siguieron también las pautas marcadas por

Tabla 1 Tipo de maltrato en función de sexo y edad. Los valores se expresan en número absoluto y porcentajes

	Total (N=404)	Tipo de maltrato (N=404)			
		Físico 164 (40,6%)	Negligencia 142 (35,1%)	Abuso sexual 103 (25,5%)	Emocional 30 (7,4%)
Sexo					
Masculino	182 (45%)	86 (47,2%)	73 (40,1%)	22 (12%)	11 (6%)
Femenino	222 (55%)	78 (35,1%)	69 (31%)	81 (36,5%)	19 (8,5%)
Edad					
<1 año	79 (19,6%)	43 (54,4%)	35 (44,3%)	1 (1,2%)	4 (5,1%)
1-5 años	157 (38,9%)	55 (35%)	62 (39,5%)	50 (31,8%)	4 (2,5%)
6-10 años	63 (15,6%)	21 (33,3%)	17 (27%)	18 (28,5%)	12 (19%)
11-16 años	105 (25,9%)	45 (42,8%)	28 (26,6%)	34 (32,3%)	10 (9,5%)

el grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia¹², diferenciando maltrato físico, emocional, negligencia y abuso sexual infantil, y permitiendo el registro de varios tipos de maltrato simultáneamente.

Se recogieron datos de destino al alta, el motivo y lugar de hospitalización, así como necesidad de tutela por la Comunidad Autónoma; si se realizó notificación a las distintas autoridades legales, y datos del seguimiento posterior desde el punto de vista social, médico, legal y psicológico o psiquiátrico. Se definió seguimiento social como la derivación desde Urgencias o Trabajo Social a los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma o la Comisión de Tutela del Menor, seguimiento médico como la existencia de consultas externas sucesivas relacionadas con el maltrato, y seguimiento psicológico/psiquiátrico como la intervención del Centro de Salud Mental en el seguimiento reflejado en Urgencias, Trabajo Social o en Atención Primaria. El seguimiento legal fue definido como la evidencia, bien por la derivación directa desde Urgencias, Atención Primaria u hospitalización al juez, fiscal de menores o forense, o bien por el contacto posterior a través del equipo de Trabajo Social con los mismos, de que estas instituciones hubieran intervenido en el manejo de la sospecha de maltrato en algún momento posterior a la atención al paciente.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 20. En el análisis descriptivo se muestran medianas con el rango intercuartílico para las variables cuantitativas de distribución asimétrica, y frecuencias absolutas y porcentajes para las cualitativas. Para el análisis bivariante se utilizaron pruebas para la comparación de proporciones (chi cuadrado de Pearson). En el análisis multivariante se emplearon modelos lineales generalizados de regresión logística. Se estableció $p < 0,05$ como nivel de significación estadística.

Resultados

Se consideraron sospechas de maltrato en 404 pacientes de las 570.648 urgencias atendidas durante el periodo de estudio (7 por cada 100.000 visitas, IC95%: 0,06-0,08%). El maltrato físico (40,6%) fue el más frecuente, seguido de la negligencia (35,1%), el abuso sexual infantil (25,5%) y el maltrato emocional (7,4%). La mediana de edad fue de

4,3 años (RIC: 1,6-10,2) y el grupo más frecuentemente afectado, el de 1-5 años (38,9%). Los datos de edad, sexo y tipo de maltrato se detallan en la [tabla 1](#).

La sospecha de abuso sexual fue más frecuente en niñas (OR 3,71; IC95%: 2,23-6,17) y el maltrato físico más común en varones (OR 1,72; IC95%: 1,15-2,57). El 57,2% de las consultas en el servicio de Urgencias se debieron a otro motivo distinto del maltrato. Se sospechó en el 68,3% de los casos durante la anamnesis, en el 20,3% por la exploración física y en el 8,4% tras la realización de pruebas complementarias. En el 59,3% de los casos se sospechó que el maltratador era alguno de los progenitores.

Precisaron ingreso 89 pacientes (22,0%), el 18,8% de estos por necesidad de protección del menor y el 81,2% restante para observación o tratamiento. El 82,9% de los ingresos se realizaron en la planta de hospitalización o en cuidados medios de Neonatología, y el 17,1% en la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo la causa de ingreso más frecuente en estos la intoxicación aguda. No hubo ningún éxito. El grupo de más riesgo de ingreso fueron los menores de un año (OR 2,01; IC95%: 1,10-3,66). En un análisis multivariante, la edad (OR 0,928; IC95%: 0,876-0,983) y el tipo de maltrato se relacionaron de forma independiente con riesgo de hospitalización en un modelo de regresión logística: el abuso sexual se asoció a un menor riesgo de ingreso (OR 0,26; IC95%: 0,08-0,72) y la negligencia a uno mayor (OR: 1,86; IC95%: 1,07-3,22). La sospecha de maltrato por pruebas complementarias se asoció también a mayor riesgo de ingreso (OR 6,49; IC95%: 2,98-14,17). El 7,4% fueron tutelados por la Comunidad de Madrid y el 4,4% trasladados al alta a un centro de acogida.

En todos los casos notificados se realizó un contacto con Atención Primaria por parte de Trabajo social. Además, el 56,4% de los casos precisó algún tipo de seguimiento adicional, siendo el más frecuente el de tipo social (44,3%) seguido del médico (22,3%), del legal (10,6%) y del psicológico o psiquiátrico (10,4%). El tipo de seguimiento para cada tipo de maltrato se detalla en la [figura 1](#). El grupo con más porcentaje de seguimiento fue el de 11-16 años (75,2%), seguido por el de 6-10 años (63,5%). Tras corregir por posibles factores de confusión (edad y sexo) en el análisis multivariante, observamos que el seguimiento por Salud Mental fue mayor en el caso del abuso sexual (OR 2,61; IC95%: 1,36-5,02) y el emocional (OR 4,93; IC95%: 1,82-13,35), mientras que el seguimiento por servicios sociales fue mayor en el maltrato

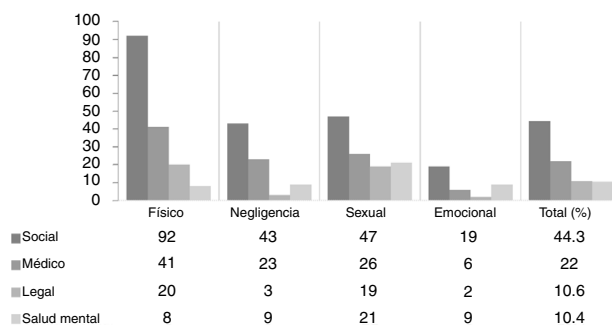


Figura 1 Seguimiento al alta según el tipo de maltrato sospechado. Los valores de seguimiento de cada tipo de maltrato se expresan en frecuencias absolutas. Los valores de seguimiento totales se expresan en porcentaje respecto al total de casos de sospecha de maltrato notificados.

físico (OR 1,94; IC95%: 1,29-2,91) y menor en las negligencias (OR 0,46; IC95%: 0,30-0,72).

Discusión

El estudio pretende una aproximación a la epidemiología, el manejo y el seguimiento de los casos de sospecha de maltrato infantil diagnosticados en Urgencias Pediátricas. La incidencia de maltrato infantil y la distribución por sexo y edad es similar a la recogida en estudios previos en nuestro país^{8,9}. En nuestro estudio, el tipo de maltrato más frecuente fue el físico, seguido de la negligencia y del abuso, mientras que en estos estudios la negligencia no fue tan prevalente. Esto podría estar en relación con el alto índice de sospecha de este subtipo que existe en nuestro centro, por la presencia en el equipo de Urgencias de una persona referente en maltrato infantil, a la que se refieren todos los casos bajo sospecha y que se encarga de coordinar la atención y el seguimiento y de realizar docencia al respecto para el resto de la plantilla. Al igual que en los estudios anteriores, el maltrato emocional es claramente el menos frecuente de los reportados; sin embargo, esto probablemente no refleje su incidencia real, ya que en muchas ocasiones es el más difícil de detectar y el que genera menos visitas a Urgencias relacionadas. La relación entre sexo y tipo de maltrato también es similar a la descrita previamente.

En más de la mitad de los casos el motivo de consulta no fue el maltrato, sospechándose la mayoría durante la anamnesis, lo que resalta lo fundamental de una adecuada historia clínica y el alto índice de sospecha necesario para detectarlo. Además, en más de la mitad de las ocasiones se sospechó de uno de los progenitores, lo que apunta a que la mayoría de los maltratos se producen en un ambiente familiar^{8,10}. Dado el importante papel que juegan los servicios de Urgencias en la detección y posterior notificación, parece necesario continuar avanzando hacia una adecuada formación y concienciación para todo el personal de Urgencias, adquiriendo estrategias para asegurar la protección del menor y evitar las posibles consecuencias^{2,3}.

El maltrato produce mayor morbilidad en los primeros años de vida, pues en la bibliografía se ha establecido que los neonatos y lactantes presentan mayor proporción

de ingresos¹⁰ y requieren más frecuentemente cuidados intensivos¹¹. Este fenómeno, sin embargo, no es exclusivo de las lesiones por maltrato, pues se ha observado una distribución parecida en trabajos sobre lesiones no intencionadas¹³ e intoxicaciones¹⁴. En este estudio observamos que la probabilidad de hospitalización es mayor en menores de 1 año, que disminuye conforme avanza la edad y que se modifica con el tipo de maltrato. Que en este último punto difiera del estudio de Trenchs Sainz de la Maza¹⁰ (en el que el maltrato que generó más ingresos fue el físico) y que la incidencia de ingresos en nuestro medio haya sido algo mayor (22%) que en este y otros trabajos anteriores¹⁵, puede deberse a que en nuestro estudio se detectaron más situaciones de negligencia, incluyendo intoxicaciones que suelen presentar una tasa más alta de ingresos¹⁴, y a una menor necesidad de observación y tratamiento hospitalarios en los afectados por abuso sexual, más frecuentemente dados de alta y derivados a otros organismos oficiales por motivos legales.

Hasta ahora no existían estudios en nuestro país que recogieran la derivación y el seguimiento de estos pacientes desde el Servicio de Urgencias. Hemos descrito, en ese sentido, que en nuestro medio más de la mitad de los pacientes con sospecha de maltrato reciben algún tipo de seguimiento adicional al de atención primaria, el más frecuente a través de servicios sociales, especialmente en el maltrato físico. Las hojas de notificación¹² y el abordaje coordinado con Trabajo Social son útiles para asegurar un seguimiento en Atención Primaria y, de ser necesario, en otras instituciones. Entre ellas, además de Servicios Sociales, los centros de salud mental también tienen gran importancia, especialmente en el abuso sexual y el maltrato emocional, que frecuentemente precisan apoyo psicológico. Dada la necesidad de individualizar, el papel del facultativo de Urgencias es esencial, pues debe poner en marcha y asegurar este seguimiento en el caso de que sea necesario, adaptándolo al tipo de maltrato y características del paciente. Son necesarios estudios prospectivos que recojan este seguimiento en nuestro medio más a largo plazo, para describir si estos pacientes sufren posteriormente mayor tasa de problemas sociales o psicopatológicos¹⁶.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra su carácter retrospectivo, que condiciona una mayor dificultad en la recogida de los datos de seguimiento, y su carácter unicéntrico. Además, los casos recogidos fueron catalogados de «sospecha de maltrato», pero las dificultades en el diagnóstico y el abordaje hacen que sea imposible confirmar o no la existencia del mismo. Esta limitación es común a toda la literatura sobre el tema y no creemos que suponga un cambio en la actitud inicial desde Urgencias ni afecte a la validez de nuestro trabajo. También supone una limitación, a la hora de recoger el seguimiento legal, la imposibilidad de acceder a los datos judiciales, lo que puede habernos llevado a infraestimar esta proporción a causa de casos en los que los pacientes no hayan sido referidos directamente a estas instituciones desde Urgencias, Atención Primaria, Hospitalización o Trabajo Social.

Podemos concluir que la sospecha de maltrato infantil en nuestro medio es más frecuente en preescolares, la edad y el tipo de maltrato predicen la necesidad de hospitalización, frecuentemente se precisa un seguimiento

posterior estrecho, preferentemente por servicios sociales, y que el tipo de seguimiento está condicionado por el tipo de maltrato padecido, debiendo individualizarse según las necesidades de estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Christian CW. Committee on child abuse and neglect american academy of pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2015;135:e1337-54.
2. Gancedo Baranda A. coordinador. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la Urgencia. Madrid: Ergon; 2015.
3. Pou i Fernández J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. En: SEUP-AEP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de urgencias pediátricas. 2.ªed. Madrid: Ergon; 2010. p.167-72.
4. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2012;9:e1001349.
5. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68-81.
6. Butchart A, Kahane T. Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños; 2009 [consultado 17 Mar 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 19. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [consultado 17 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Boletinproteccion19provisional.pdf>.
8. Sabaté Rotés A, Sancosmed Ron M, Cebrián Rubio R, Canet Ponsa M, Martín González M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:60-3.
9. Trenchs Sainz de La Maza V, Curcoy Barcenilla AI. Registro multicéntrico de maltrato en urgencias: casuística de un año. *Emergencias*. 2014;26:468-71.
10. Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Gelabert Colomé G, Macías Borrás C, Pou Fernández J. Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78:118-22.
11. Ríos A, Casado-Flores J, Porto R, Jiménez A, Jiménez R, Serrano A. Maltrato infantil grave en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:64-7.
12. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: 2006 [consultado 17 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>.
13. Arribas Sánchez C, Bardón Cancho EJ, Rivas García A, Mintegi S, Marañón Pardillo R. Consultas relacionadas con lesiones no intencionadas en urgencias en España: serie de casos. *An Pediatr (Barc)*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.003>, en prensa.
14. García González E, Trenchs Sainz de la Maza V, Martínez Sánchez L, Ferrer Bosch N, Luaces Cubells C. Episodios repetidos de intoxicación: signo de alarma de situaciones de riesgo. *An Pediatr (Barc)*. 2017;87:284-8.
15. González-Izquierdo A, Woodman J, Copley L, van der Meulen J, Brandon M, Hodes D, et al. Variation in recording of child maltreatment in administrative records of hospital admissions for injury in England, 1997-2009. *Arch Dis Child*. 2010;95:918-25.
16. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:647-57.