

Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias

*Marta Bernal Barquero, **Silvia García Díaz, *María Josefa García Díaz, ***Carmen Rosario Illán Noguera, ****María del Camino Álvarez Martínez, *****Manuel Martínez Rabadán, *****Luisa María Pina Díaz,*Francisca Guillén Pérez

Enfermera. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, **Enfermera. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena, * Enfermera. Hospital General Morales Meseguer. Murcia, ****Becaria investigación. Universidad de Murcia, ***** Enfermera. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

Resumen

El maltrato a los niños es un grave problema que afecta a uno de los grupos más vulnerables de la sociedad, como son los niños, provocando gran sufrimiento. Los profesionales de enfermería que trabajan en urgencias deben aprender a reconocer los signos del maltrato infantil con el fin de detectar los casos que acuden a estos servicios sanitarios.

El objetivo de este estudio es revisar el problema del maltrato infantil desde la enfermería de urgencias, analizando los distintos instrumentos de detección y los datos epidemiológicos derivados de dichos instrumentos.

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica del período 2008-2012 en las bases de datos electrónicas IME, Dialnet, Cuiden, AcademicSearch Premier, y PubMed, que ha arrojado un total de 347 referencias de las que se han seleccionado 15 para la revisión.

Los resultados indican que la tasa de detección de los casos de maltrato infantil en urgencias subestima los casos reales, destaca el papel de la enfermería de urgencias para coordinar el sistema de detección, clasificación y registro de los casos de maltrato infantil, así como la necesidad de formación y de implementación de instrumentos estandarizados para la detección del maltrato.

En definitiva, queda mucho camino por recorrer para implementar un sistema de detección fiable y sensible de los casos de maltrato infantil en España y en el resto del mundo.

Palabras clave: Maltrato a los niños, abuso sexual infantil, urgencias médicas, educación en enfermería.

Title: Detection of child abuse in emergency departments

Abstract

The child abuse is a serious problem that affects one of the most vulnerable groups in society, such as children, causing great suffering. Nurses working in emergency departments must learn to recognize the signs of child abuse in order to detect cases that go to these health services.

The aim of this study is to review the problem of child abuse from emergency nursing, analyzing the various instruments of detection and epidemiological data derived from these instruments.

A literature review of the 2008-2012 period in the electronic databases IME, Dialnet, Cuiden, Academic Search Premier, Medline and PubMed, which has shed a total of 347 references of which 15 were selected for review.

The results indicate the detection rate of cases of child abuse in emergency underestimates actual cases, highlights the role of nursing to coordinate emergency detection system, classification and registration of cases of child abuse and the need for implement training and standardized instruments for detecting child abuse.

In short, much remains to be done to implement a reliable and sensitive detection of child abuse cases in Spain and the rest of the world.

Keywords: child abuse, child abuse (sexual), emergencies, education (nursing).

Introducción

El maltrato infantil es un problema a escala mundial que atenta contra la integridad física, psicológica y los derechos de los niños y adolescentes consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹, en la que se proclama que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencias especiales. La Convención sobre los Derechos del Niño² reconoce que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato físico como *“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todo tipo de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”*. En esta amplia definición se incluye también la exposición a la violencia de pareja como una de las formas de maltrato infantil³.

La sala de emergencias representa la entrada principal para las crisis basadas en consultas de atención médica. Por lo tanto, el personal de urgencias puede ser el primer personal sanitario de contacto y la primera oportunidad para que las víctimas puedan ser reconocidas. Se estima que entre el 2% y el 10% de los niños que visitan los servicios de urgencias son víctimas de malos tratos⁴. Otros estudios, uno de Nueva York y dos de los Países Bajos, muestran cifras considerablemente inferiores (respectivamente, 0,14% y 0,1% de los casos confirmados y el 0,2% de sospecha maltrato)⁵⁻⁷. Las razones de la baja incidencia de estos tres estudios no son claras. Una explicación posible es el bajo número de listas de verificación disponibles en los servicios de urgencias⁷. El conocimiento, la formación, la actitud y la experiencia del personal sanitario, la situación socioeconómica de la familia, las características de las lesiones, la familiaridad y la preocupación por la pérdida de ingresos, los pacientes y los recursos disponibles o la remisión son factores que se ha demostrado que desempeñan un papel en la identificación y comunicación de malos tratos infantiles⁸.

En España, la incidencia real de los malos tratos es desconocida, ya que las características del problema hacen muy difícil conocer la extensión del mismo. Posiblemente, entre un 80 y un 90% de los casos de maltrato infantil no son detectados, debido principalmente a que se producen en el ámbito de la familia, siendo los agresores mayoritariamente los padres y personas conocidas⁹ por el menor. Según Soriano Faura¹⁰, los casos declarados en España en el año 2005 fueron de 0,84 niños maltratados por 1000 niños menores de 18 años. La distribución por tipo de maltrato muestra que la negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, con el 86,4% de los casos, seguido del maltrato emocional, con el 35,5%, el maltrato físico, el 19,9% y el abuso sexual, con el 3,6%. Esta última cifra contrasta con los datos aportados por estudios de encuesta realizados en adultos, de los que el 18,9% afirmaban haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia¹¹.

Las consecuencias del maltrato infantil son múltiples y afectan gravemente al desarrollo psicológico y físico, ya que es una causa de estrés y de alteraciones en el desarrollo cerebral temprano³, por lo que su detección, atención y prevención son tareas fundamentales para disminuir su incidencia. Por la naturaleza de este fenómeno, la realización de actividades enfocadas a la detección, atención y prevención deben ser llevadas a cabo por equipos multisectoriales, en los que las enfermeras tendrán un papel importante. La ONU indica que es necesaria la función de las enfermeras a la hora de ofrecer apoyo, formación e información³. En este sentido, la enfermería tiene una misión en asegurar la atención integral del niño y su familia, en especial del niño en situación de riesgo social, en coordinación con otras instituciones implicadas en su cuidado y seguimiento¹². Para ello, es necesaria la formación de los profesionales de la salud en todas las cuestiones básicas relativas a la protección infantil¹³.

El reconocimiento de las víctimas de maltrato en la rutina cotidiana de un servicio de urgencias es un gran reto para el personal de atención médica. Hay pruebas de que el maltrato infantil potencial está insuficientemente detectado por la práctica clínica, así como por el personal de enfermería¹⁴. El diagnóstico precoz es muy importante porque, sin la identificación e intervención tempranas, aproximadamente uno de cada tres niños

sufre posterior maltrato¹⁵. Por otra parte, hay pruebas que sugieren que el 20-30% de los niños y jóvenes que mueren de maltrato han sido previamente examinados por los proveedores de atención sanitaria por lesiones de maltrato antes de que éste fuera identificado formalmente¹⁶.

El objetivo de este estudio es conocer las herramientas para la detección, atención y prevención del maltrato infantil en los servicios de urgencias, así como describir el rol de la enfermería de recepción, acogida y clasificación en los sistemas de detección del maltrato infantil en urgencias.

Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura científica disponible en los últimos 5 años (período 2008-2012) sobre el maltrato infantil en los servicios de urgencias. La búsqueda de estudios se ha efectuado en bases de datos electrónicas. Las bases de datos consultadas han sido las siguientes: IME, Dialnet, CUIDEN, AcademicSearch Premier, Medline, PubMed.

Los descriptores utilizados han sido: maltrato infantil & urgencias, abuso sexual infantil & urgencias, child maltreatment & emergency, child abuse & emergency.

La búsqueda ha arrojado un total de 347 documentos, de los que 15 han sido seleccionados para su revisión por cumplir los criterios de inclusión establecidos:

1. Artículos en castellano o inglés.
2. Artículos en el período 2008-2012.
3. Edad entre 0 y 17 años.
4. Datos recogidos en urgencias.
5. Estudios epidemiológicos y de prevención.

Resultados

Se estima que el 2% y el 10% de los niños que visiten la sala de urgencias son víctimas de abuso y negligencia infantil¹⁷. El diagnóstico precoz del maltrato infantil es importante, ya que sin la identificación temprana e intervención, uno de cada tres niños sufre abusos posteriores. Un estudio realizado en Holanda evaluó los datos demográficos, el diagnóstico y la sospecha de abuso infantil para todos los niños menores de 18 años que visitaron las salas de emergencias durante un período de 6 meses⁷. El maltrato infantil se sospechó en 52 niños (0,2%). En 40 (77%) de estos 52 casos, una lista de señales de advertencia había sido cumplimentada en comparación con una tasa de cumplimentación del 19%

de la muestra total. En los hospitales que cumplen con las pautas de detección de maltrato infantil, la tasa de detección fue mayor. Los estudios han puesto de relieve la importancia de la documentación uniforme sobre abuso potencial de menores con el fin de mejorar la identificación del maltrato infantil. De los expedientes que cumplen los criterios de abuso infantil, el 87% muestra el diagnóstico de lesiones en la cabeza¹⁸. De los niños ingresados en pediatría de urgencias debido a una lesión en la cabeza, el 54% tenía antecedentes de sospechas de maltrato, pero sólo cinco de ellos habían tenido una investigación documentada de abuso infantil, lo que indica que existen limitaciones en los datos proporcionados a las instituciones para la vigilancia del maltrato infantil¹⁹. Sin embargo, los estudios realizados han sido insuficientes para mostrar pruebas concluyentes sobre la eficacia de estas intervenciones²⁰.

Otra revisión sistemática apoya el uso de kits de auto-instrucción de educación como un medio para mejorar el conocimiento médico para el abuso físico y el abuso sexual²¹. En comparación con la práctica habitual, las listas de comprobación gráficas combinadas aumentaron la consideración médica de quemaduras no accidentales (59% de aumento), la documentación del momento de la lesión (36% de aumento), así como la documentación de consistencia (53% de aumento) y la compatibilidad (55% de incremento) de las historias reportadas por los acompañantes. Los diagramas de flujo de decisión sobre sospecha de abuso físico también aumentaron la documentación de lesiones físicas no accidentales.

En este sentido la función de la enfermera de recepción, acogida y clasificación (RAC) es fundamental para la detección de los casos de maltrato infantil²². El 62,5% de los casos de maltrato son detectados por la enfermera de RAC, un 25% fue detectado por el médico de urgencias, un 6,25% fue derivado al hospital por el profesor del colegio y el otro 6,25% por la pediatra del centro de salud²². Las enfermeras adecuadamente entrenadas pueden poseer las habilidades y conocimientos para prestar ese apoyo. Las enfermeras de pediatría son miembros esenciales de la fuerza de trabajo de los servicios de urgencias debido a sus conocimientos especializados, y pueden actuar como un recurso, entrenadores y modelos a seguir

para ayudar a mantener los altos niveles de cuidado familiar²³.

En un estudio cualitativo 22 médicos participaron en tres grupos: medicina de familia, medicina de urgencias y pediatría²⁴. La identificación del maltrato, las entrevistas, los testimonios judiciales, y las pruebas sutiles de maltrato eran las materias educativas identificadas por todos los grupos. Los médicos de urgencias y de familia expresaron la necesidad de la educación y del fácil acceso a herramientas de gestión. El diseño de programas educativos puede beneficiarse de la adaptación a la especialidad médica específica²⁴.

Uno de los principales problemas a la hora de estudiar la eficacia de las intervenciones para la prevención del maltrato infantil es la falta de ensayos clínicos aleatorizados, según indica en sus conclusiones el estudio llevado a cabo por González y MacMillan²⁵. Establecer instrumentos de detección adecuados es fundamental para distinguir los traumatismos accidentales de los malos tratos infantiles²⁶.

En este sentido, los conflictos familiares podrían ser una de las causas del incremento de las consultas en urgencias por sospecha de abuso sexual. Con el objetivo de describir las características de los niños valorados en urgencias por sospecha de abuso sexual se realizó una revisión retrospectiva de los casos valorados durante los primeros siete meses de 2004 de un Hospital de Cataluña (España)²⁷. En el 85,4% la exploración física fue normal. Se completó el estudio en la Unidad multidisciplinar específica en 37 pacientes, 25 tenían padres separados. En 10 niñas el diagnóstico fue de abuso. Todos los agresores fueron hombres, principalmente familiares. No se hallaron diferencias entre la conclusión de abuso y el sexo del paciente, la presencia de una exploración física normal y la situación de separación de los padres.

Existen indicadores de detección que se utilizan en los servicios de urgencias para identificar a los niños que deben ser evaluados por posible abuso físico y negligencia²⁸. La reiteración de la asistencia no aumenta sustancialmente el riesgo de abuso o negligencia y puede ser atribuido a una enfermedad crónica y a la condición socio-económica²⁸. Tampoco hay evidencia de que el tipo de lesión aumente el riesgo de abuso físico o negligencia en niños con lesiones graves. Para examinar si las tasas de pre-abuso y los patrones de

visitas a urgencias, entre los niños con historial de maltrato infantil y emparejados por la edad, con controles sin historial de maltrato infantil, son marcadores útiles para estimar el riesgo de abuso, se realizó un estudio de casos y controles con niños menores de 13 años²⁹. La tasa de visitas a los servicios de urgencias por cada 10.000 personas para el grupo de niños con historial de maltrato fue de 8,2 visitas, en comparación con 3,9 visitas para los controles.

Los estudios epidemiológicos son necesarios para proporcionar una visión del fenómeno del maltrato. Con el fin de describir la epidemiología del maltrato infantil en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel en Cataluña se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, desde enero de 2008 a enero de 2006³⁰. Se incluyeron pacientes menores de 16 años atendidos en urgencias en los que se sospechó maltrato. 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.

Discusión

La vigilancia del maltrato infantil en los servicios de urgencias es importante por un variado número de razones. En cuanto a las lesiones agudas, es un área importante de identificación de lesiones intencionales y una oportunidad para la intervención temprana. Mejorar el conocimiento del nivel de presentaciones de lesiones intencionales relacionadas con el maltrato infantil nos da una visión más clara de la magnitud del problema y de las tendencias. También el conocimiento mayor del problema es un requisito previo para una mejor asignación de los recursos y servicios, y aumentar la conciencia promueve una mayor vigilancia por parte de los profesionales³¹.

La implementación de un protocolo de detección estructurada podría aumentar la detección del maltrato infantil. Una lista de verificación de señales de advertencia podría ser parte de ese protocolo³². Si se utilizara un protocolo de verificación, podría dar lugar a la identificación de más casos de abuso infantil, lo que supondría un

- http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/infancia.pdf
10. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]. Actualizado octubre 2011. [acceso 20 septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>.
 11. López F. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
 12. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención de enfermería al maltrato infantil. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 2002.
 13. Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Papel de la enfermería. Protocolo de actuación. Ciber Revista SEEUE [Internet], 2008 [acceso 20 septiembre 2012]; Número extraordinario: "Urgencias Pediátricas". Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/diciembre/pagina3.html>.
 14. 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.
 15. Darok M, Reischle S. Burn injuries caused by a hair-dryer—an unusual case of child abuse. *Forensic Sci Int*. 2001;115:143–146.
 16. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281:621–626.
 17. Teeuw AH, Derkx BHF, Koster WA, van Rijn RR. Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr*. 2012;171:877–885.
 18. Tingberg B, Falk AC, Flodmark O, Ygge BM. Evaluation of documentation in potential abusive head injury of infants in a Paediatric Emergency Department. *Acta Paediatr*. 2009;98:777–781.
 19. O'Donnell M, Nassar N, Jacoby P, Stanley F. Western Australian emergency department presentations related to child maltreatment and intentional injury: Population level study utilising linked health and child protection data. *J Paediatr Child Health*. 2012;48:57–65.
 20. Louwers ECFM, Affourtit MJ, Moll HA, Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2009; doi: 10.1136/adc.2008.151654.
 21. Newton AS, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, et al. Improving Child Protection in the Emergency Department: A Systematic Review of Professional Interventions for Health Care Providers. *Acad Emerg Med*. 2010 February;17(2):117–125.
 22. Pérez González R, Martínez Calero R, Martínez Rodríguez MA, Rodríguez González E, Fernández Rodríguez A. Enfermería de urgencias ante el maltrato infantil: figura clave en la detección precoz de casos. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias* [Internet]. 2009 Segunda Época [acceso 22 septiembre 2012];6.Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina3.html>
 23. Conway S. Safeguarding children in emergency departments. *Emerg Nurs*. 2008;16(1):30–35.
 24. Anderst J, Dowd D. Comparative needs in child abuse education and resources: perceptions from three medical specialties. *Med Educ Online*. 2010;15:5193.
 25. González A, MacMillan HL. Preventing child maltreatment: An evidence-based update. *J Postgrad Med*. 2008;54(4):280–286.
 26. Baldwin K, Pandya NK, Wolfgruber H, Drummond DS, Hosalkar HS. Femur fractures in pediatric population. Abuse or accidental trauma? *Clin Orthop Relat Res*. 2011;469:798–804.
 27. Trenchs Sáinz de la Maza V, CurcoyBarcenilla AI, Ortiz Rodríguez J, Macías Borrás C, Comas Masmilja L, LuacesCubells C, et al. Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2008;20:173–178.
 28. Woodman J, Lecky F, Hodes D, Pitt M, Taylor B, Gilbert R. Screening injured children for physical abuse or neglect in emergency departments: a systematic review. *Child*. 2009;36(2):153–164.
 29. Guenther E, Knight S, Olson LM, Dean M, Keenan HT. Prediction of Child Abuse Risk from Emergency Department Use. *J Pediatr*. 2009 February;154(2):272–277.
 30. Sabaté Rotés A, Sancosmed Ron A, Cebrían Rubio R, Canet Ponsa M, Martín González M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71(1):60–63.
 31. World Health Organization. First Meeting on Strategies for Child Protection. Padua, Italy: World Health Organization; 1999.
 32. Louwers E C, Affourtit MJ, Moll HA, de Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2010;95:214–21.
 33. Marteau T M, Kinmonth AL. Screening for cardiovascular risk: public health imperative or matter for individual informed choice? *Br Med J*. 2002;325:78–80.
 34. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, et al. Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4) Art. No.: CD000409.
 35. Wyer PC. Responsiveness to change: A quality indicator for assessment of knowledge translation systems. *Acad Emerg Med*. 2007;14(11):928–931.
 36. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373:167–180.
 37. Kellogg ND. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007;119:1232–1241.
 38. Bannon M, Carter Y. Paediatricians and child protection: the need for effective education and training. *Arch Dis Child*. 2003;88:S60–S62.