

# la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN · Nº 10

**Declaración de Ottawa sobre el derecho del niño a la atención médica**

## **Indicadores de maltrato infantil**

1 de abril 2010

Declaración de la WMA (Asociación Médica Mundial) sobre el derecho del niño a la atención médica, adoptada por su 50ª Asamblea General (Ottawa, octubre 1998).

Reproducción del artículo *Indicadores de Maltrato Infantil*, de Gonzalo Oliván Gonzalvo, médico especialista en pediatría y áreas específicas del Servicio de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón).

## Índice

|   |    |
|---|----|
| I. Declaración de Ottawa sobre el derecho del niño a la atención médica ..... | 3  |
| – Introducción  |    |
| – Principios generales  |    |
| – Principios específicos  |    |
| · Calidad de la atención  |    |
| · Libertad de elección  |    |
| · Consentimiento y autodeterminación  |    |
| · Acceso a la información   |    |
| · Secreto   |    |
| · Hospitalización   |    |
| · Maltrato del niño   |    |
| · Enseñanza de la salud   |    |
| · Dignidad del paciente   |    |
| · Asistencia religiosa  |    |
| II. Indicadores de maltrato infantil.....                                     | 8  |
| Indicadores físicos .....   | 8  |
| – Maltrato físico   |    |
| – Abuso sexual  |    |
| – Negligencia o abandono físico   |    |
| – Maltrato y abandono emocional   |    |
| – Maltrato prenatal   |    |
| – Síndrome de Münchausen por poderes  |    |
| Indicadores comportamentales .....  | 17 |
| – Maltrato físico   |    |
| – Abuso sexual  |    |
| – Negligencia o abandono físico   |    |
| – Maltrato y abandono emocional   |    |
| – Maltrato prenatal   |    |
| – Síndrome de Münchausen por poderes  |    |
| Indicadores comportamentales y actitudes en los padres/cuidadores .....       | 22 |
| – Maltrato físico   |    |
| – Abuso sexual  |    |
| – Negligencia o abandono físico   |    |
| – Maltrato y abandono emocional   |    |
| – Maltrato prenatal   |    |
| – Síndrome de Münchausen por poderes  |    |
| Bibliografía .....  | 27 |

## I. Declaración de Ottawa sobre el Derecho del Niño a la Atención Médica

### *Introducción*

1. La atención médica del niño, ya sea en su domicilio o en el hospital, incluye aspectos médicos, psicoafectivos, sociales y económicos que interactúan en el proceso de recuperación y que requieren una preocupación particular en cuanto a los derechos del niño como paciente.
2. El Artículo 24 de la Convención de Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos del Niño, reconoce el derecho del niño a gozar de los más altos niveles logrados en salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y recuperación de la salud, y estipula que las naciones deben esforzarse en asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al acceso a dichos servicios de atención médica.
3. En el contexto de esta Declaración, el niño se describe como un ser humano desde el momento de su nacimiento hasta fines de sus 17 años, a menos que según la legislación del país en cuestión, el niño sea reconocido legalmente como adulto a otra edad.

### *Principios generales*

4. Todo niño tiene el derecho inherente a la vida, al igual que el derecho a tener acceso a los servicios apropiados para la promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, y recuperación de la salud. Los médicos y el personal de salud tienen la responsabilidad de reconocer y promover estos derechos, y de pedir que los recursos materiales y humanos sean proporcionados para que los mantengan y los cumplan. En especial, se debe hacer todo lo posible:
  - i) para proteger lo máximo posible la sobrevivencia y el desarrollo del niño, y para reconocer que los padres (o los representantes legales) son los primeros responsables del desarrollo del niño y que ambos padres tienen responsabilidades comunes al respecto.
  - ii) para asegurar que el interés superior del niño sea la consideración principal en la atención médica.
  - iii) para resistir toda discriminación, cuando se proporcione atención médica, de edad, sexo, enfermedad, incapacidad, religión, origen étnico, nacionalidad, afiliación política, raza, inclinación sexual o posición social del niño o de sus padres, o de los representantes legales.
  - iv) para lograr una atención médica apropiada prenatal y post natal de la madre y del niño.
  - v) para asegurar que todo niño tenga una atención médica apropiada, con énfasis en la atención médica primaria, la atención psiquiátrica pertinente para los niños que la necesiten, el tratamiento del dolor y la atención del caso a las necesidades especiales de los niños incapacitados.
  - vi) para proteger a todo niño de exámenes de diagnóstico, tratamiento e investigación innecesarios.

vii) para combatir la enfermedad y desnutrición.

viii) para crear una atención médica preventiva.

ix) para eliminar el maltrato del niño en sus diversas formas.

x) para eliminar las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.

### *Principios específicos*

#### Calidad de la atención

5. El equipo que proporciona la atención médica al niño debe asegurar la continuidad y la calidad de ésta.

6. Los médicos y el personal de salud que atienden al niño deben tener una formación especial y los conocimientos necesarios, para que puedan responder apropiadamente a las necesidades médicas, físicas, emocionales y del desarrollo del niño y de su familia.

7. Cuando se deba hacer una elección entre pacientes niños para un tratamiento especial cuya aplicación es limitada, se debe garantizar que los pacientes individuales tengan un procedimiento de selección justo para dicho tratamiento, que se haga sólo en base a consideraciones médicas y sin discriminación.

#### Libertad de elección

8. Los padres o representantes legales, o cuando el niño mismo tiene la madurez suficiente, deben: poder elegir libremente y cambiar el médico del niño, estar satisfechos porque el médico seleccionado tiene la libertad de emitir opiniones clínicas y éticas sin interferencia externa, pedir un segundo diagnóstico de otro médico en todo momento.

#### Consentimiento y autodeterminación

9. El paciente niño y sus padres o representantes legales tienen derecho a tener una participación informada activa en todas las decisiones que afecten la atención médica del niño. Los deseos del niño deben considerarse al tomar dichas decisiones y se les debe dar importancia, según su capacidad de comprensión. El niño maduro, según la opinión del médico, tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre atención médica.

10. Excepto en una emergencia (véase n. 12), se necesita el consentimiento informado antes de comenzar un proceso de diagnóstico o de terapia en un niño, en especial cuando se trate de un procedimiento invasivo. En la mayoría de los casos, el consentimiento debe obtenerse de los padres o de los representantes legales; sin embargo, los deseos expresados por el niño deben tomarse en cuenta antes de otorgar el consentimiento. No obstante, si el niño tiene la madurez y comprensión suficientes, el consentimiento informado se debe obtener del niño mismo.

11. En general, el paciente niño capacitado y sus padres o representantes legales pueden abstenerse de otorgar consentimiento a un procedimiento o terapia. Aunque se supone que los padres o representantes legales actuarán en beneficio del niño, a veces no es así. Cuando uno de los padres o representante legal niega el consentimiento a un procedimiento y/o tratamiento, sin el cual la salud del niño se pondría en grave e irreversible peligro y para el cual no hay alternativa dentro del contexto de atención médica generalmente aceptada, el médico debe obtener la autorización judicial o legal pertinente para aplicar dicho procedimiento o tratamiento.

12. Si el niño está inconsciente o no puede dar su consentimiento y no se dispone de uno de los padres o representantes legales, en circunstancias en que se necesita una intervención médica de urgencia, en ese caso se puede suponer el consentimiento específico para la intervención; a menos que sea obvio y que no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente o por convicción, de que el consentimiento para la intervención sería rechazado para esa situación en particular (sujeto a lo estipulado en el párrafo 7 anterior).

13. El paciente niño y sus padres o representantes legales tienen derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina. Dicha negación nunca debe interferir en la relación médico-paciente o poner en peligro la atención médica del niño u otros beneficios a los que tenga derecho.

#### Acceso a la información

14. El paciente niño y (excepto en las circunstancias descritas en el párrafo 18 a continuación) sus padres o representantes legales tienen derecho a estar totalmente informados sobre su salud y condición médica, siempre que esto no vaya contra los intereses del niño. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del niño sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste, sus padres o representantes legales sin el consentimiento de dicha persona.

15. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura y al nivel de comprensión del receptor. Esto es especialmente importante en el caso de la información que se entrega al niño, quien debe tener el derecho a acceder a la información general sobre salud.

16. Excepcionalmente, se puede retener cierta información frente al niño o sus padres o representantes legales, cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para la vida o salud del niño, o para la salud física o mental de otra persona aparte del niño.

#### Secreto

17. En general, la obligación de los médicos y del personal de salud de mantener el secreto sobre información médica y personal identificable de pacientes (incluida la información sobre el estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento), se aplica tanto para el caso de pacientes niños como para los adultos.

18. El paciente niño lo suficientemente maduro como para ir a una consulta sin sus padres o representantes legales, tiene derecho a la vida privada y puede solicitar servicios confidenciales. Dicha solicitud debe ser respetada y la información obtenida durante la consulta o sesión de orientación no debe ser revelada a los padres o representantes legales, excepto con el consentimiento del niño o en circunstancias cuando el secreto del adulto puede ser conocido. Además, cuando el médico tratante tenga buenas razones para concluir que a pesar de que el niño no está acompañado, éste no está capacitado para tomar una decisión informada sobre un tratamiento, o que sin intervención de los padres la salud del niño se pondría en grave e irreversible peligro; en ese caso, en circunstancias excepcionales, el médico puede revelar información confidencial, obtenida durante una consulta sin estar acompañado, a los padres o representantes legales. Sin embargo, el médico primero debe dar a conocer al niño las razones de su decisión e intentar convencerlo que esté de acuerdo con esto.

#### Hospitalización

19. El niño debe ser hospitalizado sólo si la atención que necesita no puede ser prestada en su domicilio o sobre una base diaria.

20. El niño debe ser hospitalizado en un ambiente diseñado, amoblado y equipado, adecuado a su edad y condición de salud, y el niño no debe ser hospitalizado en salas de adultos, salvo en circunstancias especiales, debido a su condición médica, por ejemplo para un parto o término del embarazo.

21. Se debe hacer todo lo posible para que un niño hospitalizado pueda estar acompañado por sus padres o padres sustitutos, quienes deben tener alojamiento apropiado, cuando proceda, en el hospital o en sus cercanías, gratuitamente o con costo mínimo, y deben tener la posibilidad de ausentarse de sus trabajos, sin perjuicio para su empleo.

22. Todo niño hospitalizado debe ser autorizado al máximo contacto externo y visitas posibles, sin restricción de edad del visitante, excepto en circunstancias cuando el médico tratante tenga buenas razones para considerar que las visitas no serán beneficiosas para el niño.

23. Cuando un niño de corta edad ha sido hospitalizado, su madre debe tener la posibilidad de amamantarlo, a menos que exista una contraindicación médica válida para impedirlo.

24. El niño hospitalizado debe tener la posibilidad y facilidad, apropiada a su edad, de jugar, recrearse y continuar su educación. Para facilitarla, se debe instar al empleo de profesores especializados o que el niño tenga acceso a programas adecuados de aprendizaje a distancia.

#### Maltrato del niño

25. Se deben tomar todas las medidas apropiadas para proteger al niño de todas las formas de trato negligente, violencia física o mental, maltrato, lesiones o abuso, incluido el abuso sexual. En este contexto, se llama la atención a lo establecido en la Declaración de la AMM sobre Maltrato y Abandono del Niño (Doc. 17.W).

#### Enseñanza de la salud

26. Los Padres y niños apropiados a su edad y/o desarrollo deben tener acceso y apoyo total en la aplicación de conocimientos básicos de salud infantil y nutrición, incluidas las ventajas de la lactancia materna, como también de higiene, salud ambiental, prevención de accidentes, educación sexual y de reproducción.

#### Dignidad del paciente

27. El paciente niño debe ser tratado siempre con tacto y comprensión, y con respecto por su dignidad y vida privada.

28. Se debe hacer todo lo posible para evitar, o si no es posible, disminuir el dolor y/o sufrimiento, y mitigar el estrés físico o emocional en el paciente niño.

29. El niño que padece una enfermedad terminal debe recibir asistencia paliativa apropiada y toda la ayuda necesaria para que tenga una muerte lo más digna y aliviada posible.

#### Asistencia religiosa

30. Se debe hacer todo lo posible para asegurar que el paciente niño tenga acceso a una asistencia espiritual y moral apropiada, incluida la de un representante de su religión.



## II. Indicadores de maltrato infantil

### *Puntos clave*

El maltrato infantil incluye la amenaza o el daño físico, psíquico y social.

La presencia reiterada de lesiones cutáneas traumáticas es un indicador de especial importancia en menores de 3 años.

La presencia de cualquier fractura en niños menores de 2 años puede indicar maltrato.

La dificultad para andar o sentarse y el dolor o picor en la zona genital pueden deberse a abuso sexual.

La falta de higiene, el retraso de crecimiento y las infecciones recurrentes pueden suponer la existencia de maltrato por negligencia o abandono.

La desconfianza hacia el adulto y la apatía en las relaciones con los progenitores puede ser un comportamiento indicativo de abandono.

La frialdad y falta de afecto en el trato del niño, el rechazo verbal, el menosprecio y desvalorización del niño son comportamientos paternos que pueden indicar maltrato.

### *Indicadores físicos*

#### Maltrato físico

- Lesiones cutáneo-mucosas: hematomas, contusiones, equimosis, heridas inciso-contusas, laceraciones, erosiones y pinchazos.
  - Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
  - Lesiones múltiples o múltiples tipos de lesiones.
  - Presencia frecuente y reiterada (indicador de especial importancia en menores de tres años).
  - Localización en zonas no habituales y no prominentes: áreas periorcular y peribucal, región oral (lengua, mucosa bucal, paladar blando y duro, encías, frenillos), zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, región proximal y postero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas.
  - Distribución: ocupan zonas extensas, afectan a varias áreas diferentes y adoptan disposición simétrica.
  - Configuración en formas geométricas no normales, muy delimitadas de la piel sana, reproduciendo la forma del objeto.
  - En distintos estadios evolutivos de curación (\*) y/o de cicatrización.

(\*) Coloración hematomas: 0-3 días: zona tumefacta e hipersensible; rojo, azul-rojizo (hemoglobina). 3-7 días: azul púrpura, verde, amarillo-verdoso (hemosiderina). 7-30 días: amarillo, amarillo-marronoso, pardo (hematoidina).



- Diagnóstico diferencial:
  - Lesiones cutáneo-mucosas accidentales: localización en zonas prominentes; formas irregulares; distribución asimétrica.
  - Variantes normales: manchas mongólicas; nevus azules; manchas café con leche; hemangiomas; venas prominentes; dermografismo intenso.
  - Prácticas rituales.
  - Terapias alternativas (ventosas, digitopuntura o Shiatsu, etc.).
  - Enfermedades dermatológicas: celulitis infecciosa; angioedema palpebral; dermatitis de contacto; dermatitis facticias; eritema nodoso; eritema multiforme; vasculitis por hipersensibilidad; aplasia cutis.
  - Enfermedades hemorrágicas: hemofilia; enfermedad de Von Willebrand; hipoprotrombinemia; déficit vitamina K; púrpura trombocitopénica idiopática (enfermedad de Werlhoff); síndrome hemolítico-urémico; intoxicación salicilica; púrpura fulminante meningocócica; coagulación intravascular diseminada; síndrome de Ehlers-Danlos; síndrome de Schönlein-Henoch.
- Quemaduras y escaldaduras:
  - Incompatibles en extensión, profundidad, localización, distribución y patrón-tipo con la edad del niño, su nivel de desarrollo y con la historia relatada.
  - Presencia reiterada.
  - Localización múltiple y/o bilateral, con frecuencia en en región perioral e intraoral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos, pies y piernas.
  - Distribución simétrica en forma de “calcetín o de guante” (producidas por inmersión en agua caliente); en forma de “imagen en espejo” (palmas de manos, plantas de pies).
  - Bordes nítidos que reproducen la forma del objeto (p. e. plancha eléctrica, parrilla, sartén, cuerda, cigarrillos, etc.).
  - En distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización (presencia de quemaduras recientes y antiguas).
  - Frecuente asociación con otros indicadores de abuso sexual:
    - Quemaduras/ escaldaduras accidentales: bordes irregulares; carácter único y casual; distribución asimétrica; localización en región antero-superior del cuerpo y/o en zonas descubiertas de la piel.
    - Prácticas rituales.
    - Enfermedades dermatológicas: fotodermatitis; epidermolisis bullosa; síndrome de la piel escaldada por estafilococos; impétigo ampolloso; varicela; otras dermatitis ampollosas.
- Mordeduras:
  - Reproduce la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.)
  - Recurrentes (aisladas o múltiples).

- Diagnóstico diferencial: mordedura de otro niño (distancia intercanina < 2,5-3 cm.), mordedura de perro o de otros animales; automutilaciones por metabopatías o psicopatías.
- Alopecia traumática:
  - Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada.
  - Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente.
  - Localización occipital u occipito-parietal.
  - Diagnóstico diferencial: áreas decalvantes por permanencia en decúbito (lactantes); tricotilomanía; enfermedades dermatológicas (tiñas, alopecia areata).
- Lesiones dentales:
  - Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
  - Decoloración (necrosis de la pulpa) por traumatismo antiguo.
  - Fracturas, desplazamientos o avulsiones.
- Lesiones osteo-articulares:
  - Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no deambula).
  - Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación.
  - Mecanismos de producción plenamente discordantes con la capacidad del niño por su edad de maduración.
  - Asociación frecuente con lesiones cutáneo-mucosas, internas, por intoxicación intencionada o por negligencia.
  - Tipos de fracturas más frecuentemente observadas:
    - Fracturas diafisarias en la mitad de los huesos largos: “en espiral” (por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial).
    - Fracturas metafisarias por arrancamiento secundarias a mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado.
    - Lesión epifisaria con desplazamiento, arrancamiento o fractura.
    - Despegamiento perióstico exuberante por hemorragia subperióstica; formación de nuevo hueso perióstico.
    - Fracturas craneales de tipo lineal, conminutas, con hundimiento o diastadas, por impacto directo.
    - Fracturas en nariz (huesos propios, tabique) o mandíbula por impacto directo.
    - Fracturas-luxaciones de columna vertebral por mecanismo de hiperflexión-hiperextensión forzada o por impacto directo.
    - Fracturas costales múltiples, frecuentes en región posterior (adyacente al cuerpo vertebral) o lateral, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
    - Fracturas de escápula o esternón, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.

- Fracturas digitales.
- Secuelas:
  - Desviación, deformación o acortamiento de extremidades (lesiones con afectación del cartílago de crecimiento o con desplazamiento de las epífisis).
  - Lesiones de médula espinal (en lesiones de columna vertebral).
- Diagnóstico diferencial:
  - Variante normal: hueso nuevo perióstico fisiológico; sutura craneal aberrante.
  - Traumatismo obstétrico.
  - Enfermedades neuromusculares: insensibilidad congénita para el dolor, parálisis cerebral, mielodisplasia.
  - Displasias esqueléticas: osteogénesis imperfecta, hiperóstosis cortical infantil (enfermedad de Caffey).
  - Osteoporosis.
  - Osteodistrofia renal (hiperparatiroidismo secundario).
  - Toxicidad: osteodistrofia por Metotrexato, terapéutica de prostaglandina, hipervitaminosis A.
  - Infecciones: sífilis congénita, osteomielitis.
  - Neoplasias y enfermedades asociadas: leucemia, neuroblastoma metastático, histiocitosis X, osteoma osteoide, quiste óseo esencial.
  - Defectos nutricionales: escorbuto, raquitismo, deficiencia de cobre.
  - Síndromes genéticos raros: Síndrome de Menkes, Mucopolidosis II (enfermedad de célula I), Disostosis cleidocraneal, Síndrome de Hajdu-Cheney, Enfermedad de Hutchinson-Gilford, Homocistinuria, Hipofosfatasa, Osteoporosis-pseudoglioma.
- Lesiones orgánicas internas: aisladas o asociadas a otras manifestaciones traumáticas, por intoxicación deliberada o por negligencia, que apoyan el diagnóstico.
  - Neurológicas (intracraneales):
    - Mecanismos de producción: impacto directo sobre el cráneo; aceleración-desaceleración de la cabeza de atrás adelante (“Síndrome del niño sacudido”); compresión de la arteria carótida primitiva (“Síndrome de estrangulamiento”); aceleración rotacional brusca de la cabeza traccionando de la oreja (“Síndrome de la oreja en coliflor”); compresión persistente y violenta del tórax.
    - Lesiones más frecuentemente observadas: hematoma subdural (agudo o crónico), hematoma agudo subdural interhemisférico en región parieto-occipital, hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, focos de contusión cerebral, infartos isquémicos, atrofia cerebral con degeneración quística, hematoma epidural, dilatación del sistema ventricular, edema pulmonar.
    - Secuelas: lesiones cerebrales permanentes e irreversibles (tetraplejía espástica, disfunciones motoras importantes, ceguera cortical, trastornos convulsivos, hidrocefalia, microcefalia); retraso mental; problemas del aprendizaje, motrices o conductuales.

- Oculares:
  - Mecanismos de producción: impacto directo sobre el ojo y similares a los de las lesiones intracraneales.
  - Lesiones más frecuentemente observadas: hemorragias retinianas (unilaterales o bilaterales), desprendimiento de retina, “placas lacunares retinianas”, hemorragia vítrea, edema corneal, queratitis, opacidad corneal, cataratas traumáticas, subluxación del cristalino, atrofia del iris, sinequias irido-cristalinas y “glaucoma congénito” bilateral (post-traumático).
  - Secuelas: cicatriz macular, atrofia óptica y ceguera.
  
- Óticas:
  - Mecanismo de producción: impacto directo sobre zona periauricular.
  - Lesiones más frecuentemente observadas: hemorragia, desgarro o perforación timpánica.
  - Secuelas: hipoacusia, sordera.
  
- Viscerales y torácicas:
  - Mecanismo de producción: impacto directo; compresión.
  - Cuadros clínicos: abdominal, con distensión, dolor, vómitos y/o hemorragia; abdominal obstructivo; dificultad respiratoria; inespecífico.
  - Lesiones más frecuentemente observadas: hematoma duodenal intramural; pseudoquiste pancreático; pancreatitis hemorrágica; ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólica; hematoma yeyunal, ileal o retroperitoneal; desgarro mesentérico y hepático, con contusión; ruptura del colédoco; estenosis ileal; hemoperitoneo y ascitis quilosa post-traumática; edema, contusión y hematoma pulmonar; contusión esplénica y renal; hemotórax, neumotórax o quilotórax.

#### Abuso sexual

- Dificultad para andar o sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas.
- Eritema, erosiones y/o petequias en región intraoral, particularmente en la unión entre el paladar duro y blando.
- Hematomas por succión en cuello y/o mamas.
- Signos asociados a sofocación parcial (petequias periorbitarias, marcas en el cuello).
- Hemorragia genital o rectal.

- Vulvitis y vulvovaginitis (dolor, picor, inflamación y/o flujo).
- Balanitis y balanopostitis; parafimosis.
- Presencia de semen en piel, región perioral, cavidad oral, genitales, ano o ropa.
- Lesiones genitales o anales recientes, externas o internas, en ausencia de una explicación accidental adecuada: edemas, laceraciones, abrasiones, contusiones, desgarros, cortes transversales, avulsiones, hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordeduras, cicatrices, quemaduras (en ocasiones provocadas por actos sádicos deliberados).
- Enfermedades de transmisión sexual no adquiridas por vía perinatal: Sífilis \*, Gonococia \*, Chlamydia trachomatis (\*), infección por VIH (\*), Trichomonas vaginalis (\*\*), Herpes genital (\*\*\*), Condiloma acuminado anorectal (\*\*\*), Vaginosis bacteriana (Gardnerella vaginalis), Hepatitis A, Hepatitis B, Molluscum contagiosum.

(\*) abuso sexual seguro;

(\*\*) muy sospechoso;

(\*\*\*) sospechoso;

(los demás no son concluyentes).

- Cuerpo extraño en la vagina o el recto.
- Embarazo, especialmente al inicio de la adolescencia y no dice quien es el padre.
- Disuria; defecación dolorosa; dolor abdominal; prurito genital o anal.
- Infección urinaria recidivante.
- Lesiones específicas o compatibles:
- Vulvovaginales: adherencias labiales, sinequias del himen, ausencia del himen, remanentes del himen, dilatación himeneal > 5-6 mm. , rupturas del himen.
- Anales y perianales: dilatación anal refleja > 15 mm. y reproducible (sin materia fecal en la ampolla), acortamiento o eversión del canal anal, fisuras únicas omúltiples de localización posterior, congestión venosa perianal, verrugas perianales.
- Diagnóstico diferencial:
  - Lesiones accidentales: lesión por caída en horcadas (penetrante o no), lesión producida por el cinturón de seguridad (accidente de automóvil).
  - Lesiones no accidentales: masturbación, mutilación genital femenina, prácticas nocivas de cuidado genital, torniquete de pelo, abuso ficticio “por poderes”.
  - Problemas congénitos: fusión de labios, hemangioma, defectos de la línea media, rafe prominente, línea vestibular, hiperpigmentación perianal, colgajos de piel anal

en la línea media, bandas periuretrales, malformaciones de genitales, diástasis anal, variación del músculo bulbocavernoso.

- Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófico, liquen simple crónico, liquen plano, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, atópica o por contacto, psoriasis, irritación por jabón (baños de burbujas) u otros productos o ropas, mala higiene, lesiones de rascado por parasitosis (oxiuros), penfigoide bulloso.
- Problemas anales: sangrado rectal por diarrea infecciosa (salmonella, shigella), colitis ulcerosa (enfermedad de Crohn), fisura, síndrome hemolítico-urémico, pólipo rectal u otro tumor de recto; estreñimiento crónico, prolapso rectal, congestión venosa perianal, hemorroides, celulitis perianal, verrugas perianales, atonía neu-rógena asociada a espina bífida o lesión baja de la médula espinal, dilatación anal postmortem.
- Problemas uretrales: prolapso, carúncula, hemangioma, sarcoma botroide, urete-rocele.
- Problemas vulvovaginales: vulvovaginitis inespecífica, bacteriana, candidiasica o por otros agentes; lesiones por varicela.
- Otros: sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorrágiparo; enferme-dad de Behçet.

#### Negligencia o abandono físico

- Consecuencias por negligencias en la alimentación (deprivación de alimentos, dietas in-ade cuadas): Malnutrición protéico-energética aguda y/o crónica (tipos kwashiorkor o ma-rasmático); Obesidad; Fallo de medro; Retraso de crecimiento; Raquitismo; Microcefalia; Anemias (principalmente ferropénica); Déficit de vitaminas; Déficit de oligoelementos; Pa-lidez, cansancio inapropiado para su edad y apatía permanente; Retrasos en el desarrollo psicomotor; Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje; Re-traso en el desarrollo puberal.
- Consecuencias por falta de higiene en el hogar: Infecciones recurrentes y/o persistentes del aparato digestivo, bacterianas o parasitarias, por pobre higiene en el hogar y/o ingesta no supervisada de aguas no potables o residuales; Infecciones del aparato respiratorio y crisis de asma bronquial, recurrentes y/o persistentes, por pobre higiene en el hogar, pre-sencia de humedad y hongos ambientales y exposición continuada a humo de tabaco.
- Consecuencias por falta de aseo: mal olor; vestuario inapropiado, inadecuado, sucio; pelo seco, fino y escaso, pelo largo, sucio y descuidado, áreas alopécicas, piojos, liendres; uñas sucias, largas, amarillentas, engrosadas; piel sucia, con roña (“coraza insoluble”), con costras, con pliegues cutáneos macerados; eccemas, micosis, eritema genital del lactante severo y con dibujo geométrico coincidente con el del área del pañal, vulvovaginitis ines-pecíficas en niñas pequeñas.
- Consecuencias por permanencia prolongada fuera del hogar con exposiciones climáticas adversas: eritema pernio, neumonía, hipotermia, congelación; quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación.

- Consecuencias por negligencias en el cuidado odontológico: caries en número abundante y no tratadas; falta de dientes; flemones repetidos, granulomas y otras enfermedades periodontales; pérdida del color normal de los dientes.
- Consecuencias por la falta de seguridad en el hogar y/o supervisión parental: caídas, escaldaduras, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, incendio del hogar, morbilidad y secuelas por accidentes, muerte.
- Consecuencias por negligencias en el cuidado médico:
  - Por despreocupación de los cuidados básicos de salud (vacunaciones ausentes o incompletas, ausencia de cribado y detección precoz de enfermedades, etc.): enfermedades infecto-contagiosas evitables por vacunación y sus complicaciones y secuelas, estrabismo, ambliopía, sordera, escoliosis, luxación de cadera, criptorquidia, etc.
  - Por despreocupación en la atención a las enfermedades (retraso en la búsqueda de asistencia en procesos graves, se niega la aplicación de determinadas medidas indispensables para salvar al niño, se aportan datos insuficientes, no se cumplen los tratamientos prescritos, se ignoran los consejos ante las enfermedades crónicas, existe despreocupación en las enfermedades incapacitantes): enfermedades reconocidas cuando el niño está seriamente enfermo o moribundo, enfermedades prolongadas, complicaciones evitables, muerte.

#### Maltrato y abandono emocional

- Fallo de medro.
- Retraso de crecimiento “no orgánico”.
- Plagiocefalia y áreas de alopecia producidas por mantener de forma prolongada en decúbito a un lactante o niño pequeño.
- Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.
- Retrasos en el desarrollo psicomotor.

#### Maltrato prenatal

- Sufrimiento fetal.
- Mortinato.
- Prematuridad.
- Retraso de crecimiento intrauterino.
- Bajo peso al nacer.



- Microcefalia.
- Síntomas inespecíficos como dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse, vómitos, diarrea, sudoración, convulsiones, irritabilidad o letargo.
- Síndrome de abstinencia.
- Manifestaciones fenotípicas (p.e. del síndrome alcohólico fetal/efectos fetales relacionados con el alcohol).
- Malformaciones congénitas.
- Daño cerebral con/sin lesiones permanentes y disfunción motora.
- Infecciones de transmisión vertical (enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis B/C, VIH).
- Dificultades para una posterior regularización del retraso de crecimiento intrauterino o del bajo peso (fallo de medro).
- Retraso del desarrollo psicomotor.
- Epilepsia.

#### Síndrome de Münchausen por poderes

- Habitualmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar (edad media de 3 años), aunque la edad al diagnóstico oscila entre 1 mes y los 21 años de edad.
- Los niños y las niñas están igualmente afectados (no existen diferencias por sexo).
- Los síntomas y/o signos clínicos son persistentes o recidivantes (la duración de la “enfermedad” oscila entre unos pocos días a 20 años, con una media de 14 meses).
- Los síntomas y/o signos clínicos aparecen solamente en presencia de la madre y no aparecen cuando la madre está ausente.
- Los síntomas y/o signos clínicos son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.
- Los síntomas y signos físicos más frecuentemente relatados, y generalmente de comienzo agudo, son: fiebre, exantemas infecciosos, ataxia, convulsiones, obnubilación y estupor, coma, alucinaciones, movimientos anormales, alergias (a múltiples alimentos o medicamentos), dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, diarrea, hematemesis, úlceras bucales, hematuria, hipertensión, crisis apnéicas, hiperventilación, sed excesiva, incongruencia de perfil bioquímico.

- Además de los síntomas físicos, también puede presentar síntomas psicológicos y emocionales.
- Existe discordancia entre el aparente buen estado de salud del niño y la historia de graves síntomas clínicos y/o la alteración de las pruebas de laboratorio.
- Existe el antecedente de ingresos múltiples, en distintos hospitales, y abundantes exploraciones complementarias.
- Los procedimientos terapéuticos, habituales y apropiados, aplicados son inefectivos o no tolerados.
- Existe una enfermedad confirmada de causa inexplicable (la morbilidad de este síndrome es de alrededor de un 8% de los casos).
- Se ha producido una muerte de causa inexplicable (la mortalidad de este síndrome oscila entre un 10-20%, siendo mayor el riesgo en los niños menores de 3 años).
- El personal sanitario piensa en la posibilidad de hallarse frente a un caso nuevo insólito.
- Existe asociación en el 100% de los casos con maltrato emocional y asociación frecuente con fallo de medro (14%), maltrato físico (1%) y abuso sexual (1%)

#### *Indicadores comportamentales*

##### Maltrato físico

- Cuenta que alguno de sus padres (más frecuentemente la madre) o cuidadores le ha causado alguna vez alguna lesión o que le pegan normalmente.
- Parece tener miedo de sus padres o cuidadores, mostrando una conducta hipervigilante y temerosa.
- Llora cuando terminan las clases y tiene que regresar a su casa; presenta una inquietud desmedida por el llanto de otros niños.
- Se muestra cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.
- Presenta una paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos.
- Se adapta fácilmente al internamiento en centros sanitarios, escolares y de protección.
- Tiene problemas de relación y dificultad de adaptación con otros niños.
- Presenta problemas en la escuela o fracaso escolar.
- Es pasivo, retraído, tímido y asustadizo con tendencia a la soledad y al aislamiento.

- Exterioriza indiferencia y apatía o, por el contrario, impulsividad e hiperactividad motora.
- Padece anorexia.
- Tiene dificultades de adaptación a las situaciones cotidianas.
- Exhibe comportamientos de oposición desafiante, conductas extremas de agresividad o rechazo ante situaciones adversas.
- Presenta un estrés emocional no justificado, con ansiedad y miedos.
- Tiene una pobre auto-imagen.
- Manifiesta una actitud de autoculpabilización y de aceptación del castigo.
- Tiene comportamientos autodestructivos y pensamientos suicidas.
- Manifiesta sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión.
- Tiene problemas del sueño.
- Se fuga del hogar.
- Comete actos vandálicos o delictivos.
- Abusa de drogas y/o de alcohol.

#### Abuso sexual

- Relata que un padre, un familiar, un cuidador o un desconocido le ha enseñado sus genitales, le ha mostrado material de contenido explícito sexual, le ha tocado el cuerpo o los genitales o ha abusado sexualmente.
- Extremadamente temeroso de revelar las acciones del agresor (mirada nerviosa al hablar del hecho) e incluso mutismo.
- Tiene miedo a una persona y/o a un lugar específico.
- Dice que tiene el cuerpo sucio o dañado o tiene miedo de que haya algo malo en sus genitales.
- Muestra cambios repentinos en el comportamiento.
- Presenta un comportamiento de miedo excesivo con adultos del sexo opuesto (o del mismo sexo, en casos de abuso homosexual).

- Exhibe un comportamiento de seducción o “erótico” con adultos (“comportamiento pseudomadura”).
- Pierde la capacidad de concentración; disminuye bruscamente el rendimiento escolar; se niega a ir a la escuela.
- Parece reservado, rechazante, con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado
- Se aísla de sus amigos y familia; pierde la confianza en todos los adultos.
- Muestra temor y ansiedad ante el hecho de cambiarse de ropa delante de otras personas.
- Exterioriza un pudor inexplicable e inapropiado en la exploración médica genital.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales para su edad.
- Muestra un interés excesivo o evita todo lo referente a la sexualidad.
- Realiza juegos sexuales inapropiados con otros niños, juguetes o consigo mismo.
- Expone evidencias sexuales en sus dibujos o fantasías.
- Ostenta agresividad sexual hacia otros niños.
- Se masturba en lugares públicos o de forma excesiva.
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno, pesadillas).
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el control de esfínteres (enuresis, encopresis), que anteriormente controlaba.
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia).
- Trastornos psicosomáticos (cefalea, migraña, dolor abdominal recurrente).
- Presenta trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión).
- Tiene baja auto-estima y sentimientos de culpabilidad.
- Sufre depresión y exhibe conductas autoagresivas (incluso automutilación) y suicidas.
- Exhibe una agresividad excesiva y manifestaciones de violencia.

- Tiene dificultad para establecer relaciones con otras personas a menos que estas relaciones tengan una base sexual (promiscuidad / prostitución).
- Abusa de drogas y/o alcohol.
- Se fuga del hogar.
- Comete actos vandálicos o delictivos.
- De adulto presenta problemas de salud mental, dificultades de adaptación sexual, dificultades para criar a sus hijos y/o disfunción social.

#### Negligencia o abandono físico

- Realiza comentarios acerca de los cuidados deficitarios que recibe o expresa que no hay nadie que le cuide.
- Presenta retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.
- Presenta retrasos en el desarrollo del lenguaje y vocabulario.
- Muestra escasa destreza para la comunicación y para la adquisición de vínculos con otros niños o adultos.
- Absentismo escolar. Llega demasiado pronto al colegio o se va muy tarde. Se suele quedar dormido en clase. Déficit de atención con/sin hiperactividad. Fracaso escolar.
- Muestra comportamientos autogratificantes y realiza movimientos autoestimulativos.
- Muestra inmadurez emocional y tiene tendencia a la fantasía.
- Presenta conductas dirigidas a llamar la atención del adulto. Autoagresiones.
- Presenta apatía, somnolencia, tristeza, mutismo y/o falta de reacción ante estímulos externos.
- Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anti-conceptivas; promiscuidad sexual, prostitución).
- Pide o roba comida; mendiga o realiza trabajos inapropiados para su edad.

#### Maltrato y abandono emocional

- Muestra desconfianza hacia el adulto en sus promesas o actitudes positivas.

- Es apático en las relaciones con los progenitores.
- Presenta una paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos.
- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
- Busca contactos físicos inapropiados.
- Exhibe una ausencia de respuesta ante los estímulos sociales. Se inhibe en el juego con otros niños.
- Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado ?de adultos? (hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis) indicando una inmadurez socioemocional.
- Tiene dificultad de adaptación a situaciones cotidianas y escasa habilidad en situaciones conflictivas.
- Presenta un carácter asustadizo, tímido, pasivo o, por el contrario, comportamientos compulsivos, negativistas o agresivos.
- Presenta disminución de la capacidad de atención, trastornos del aprendizaje, retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar.
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia).
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno).
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el control de esfínteres (enuresis, encopresis).
- Presenta trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión).
- Exterioriza trastornos psicósomáticos (cefaleas, abdominalgias) o finge de síntomas.
- Tiene baja autoestima y una visión negativa del mundo y de los progenitores.
- Esta deprimido. Exhibe conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.
- Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anti-conceptivas; promiscuidad sexual, prostitución).

#### Maltrato prenatal

- Trastornos de la conducta y del comportamiento.
- Problemas y dificultades en el aprendizaje.
- Indicadores comportamentales de maltrato y negligencia física, abuso sexual y/o maltrato emocional, ya que entre un 40-60% de estos niños sufre a lo largo de su infancia alguno de estos tipos de maltrato.

#### Síndrome de Münchausen por poderes

- El impacto de este síndrome, a largo plazo, puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales, comportamentales y/o conductuales.
- Los niños mayores víctimas de este síndrome, frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador en su propio abuso, confabulando con su madre/padre para confirmar sus historias médicas e incluso fabricando ellos mismos sus “enfermedades”, a veces por miedo de contradecir a su progenitor y otras veces debido a la persuasión de éste en el tiempo.
- Algunos de estos niños creen que están muy enfermos y que presentan un desorden misterioso que los médicos no pueden detectar. En otros casos, el niño es consciente de que la explicación del perpetrador es improbable pero no lo dicen, temiendo su venganza o que nadie le creerá.

#### *Indicadores comportamentales y actitudes en los padres/cuidadores*

##### Maltrato físico

- Ha sido objeto de malos tratos en su infancia.
- Existe el antecedente de malos tratos a otros miembros de la familia.
- Presenta psicopatía, alcoholismo y/o drogadicción.
- Alega traumatismos accidentales de forma sistemática.
- Describe la lesión como autoinflingida y no es compatible con la edad o con las habilidades de desarrollo del niño.
- Atribuye las lesiones a los hermanos u otros niños.
- Se retrasa en la búsqueda de asistencia médica.
- Cambia frecuentemente de pediatra, centro de salud o servicio de urgencia para la atención sanitaria del niño.
- Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.



- Relata una historia inaceptable, discordante o contradictoria respecto al tipo y la intensidad de las lesiones.
- Evita toda responsabilidad.
- Parece no preocuparse por el niño y sus problemas: no se preocupa de la gravedad de las lesiones; abandona precozmente al niño tras el ingreso hospitalario; no lo visita o son visitas cortas en duración y dedicación; no comparece a los informes médicos o al alta.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa.
- Utiliza una disciplina severa, inadecuada para la edad, falta cometida y condición del niño.

#### Abuso sexual

- Es habitualmente un hombre [el padre (31%); otro familiar varón, incluido el padrastro (28%); el compañero sentimental de la madre (5%); otro varón extrafamiliar habitualmente conocido por el niño (19%)].
- Más raramente es la madre (4%), cuidadora (7%) u otra mujer conocida por el niño (2%).
- Es extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actividades sexuales con otras personas para enriquecerse u obtener favores.
- Se exhibe desnudo delante del niño. Le muestra fotografías o videos pornográficos. Le cuenta historias de contenido explícito sexual.
- Quema al niño en las nalgas o en el área genital.
- Tiene antecedentes de maltrato físico, emocional y/o sexual en su infancia.
- Creció en una familia disfuncional.
- Atraviesa dificultades en su matrimonio.
- Es violento con otros miembros de su familia.
- Se encuentra socialmente aislado.
- Abusa de drogas y/o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.
- Madre sumisa y pasiva.

- Madre que sufrió abuso sexual y que consiente o participa en el abuso de la siguiente generación.
- Ejerce una profesión relacionada íntimamente con la infancia utilizando su influencia para manipular, engañar o chantajear al niño.
- Le gusta fotografiar y/o coleccionar imágenes de niños desnudos o en actitud sexual.
- Visita habitualmente o es miembro de páginas web de contenido pedófilo.
- Desmiente o niega todo lo relacionado con el abuso sexual (el acto, el planeo, la responsabilidad, la gravedad de la conducta, la autoculpabilidad). Parece que es la víctima.
- Tiene antecedentes de pedofilia y/o sadismo.

#### Negligencia o abandono físico

- Ostenta una constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño realiza actividades peligrosas.
- Mantiene unas condiciones higiénicas y/o de seguridad en el hogar peligrosas para la salud del niño.
- Exterioriza pobreza, ignorancia, incultura.
- Abusa de drogas y/o alcohol.
- Es promiscuo, practica la prostitución/ proxenetismo o su medio de vida es la delincuencia.
- Muestra apatía o nulidad.
- Está mentalmente enfermo o presenta bajo nivel intelectual.
- Tiene una enfermedad física crónica.
- Existe el antecedente de malos tratos o negligencia en la infancia.
- Antecedente de separación prolongada madre/ padre-hijo.
- Muestra poca preocupación por los controles sanitarios del niño.
- Realiza un seguimiento inadecuado de las enfermedades agudas o crónicas del niño.
- Incumple los tratamientos médicos prescritos al niño.
- Se despreocupa por las enfermedades discapacitantes del niño.

- Muestra poca preocupación por la higiene y alimentación del niño.
- Muestra poca preocupación porque el niño lleve un vestuario adecuado a la climatología.
- Tiene un exceso de vida social y profesional.
- Tiene y practica convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).
- Compensa con bienes materiales la falta de cuidado y atención de las necesidades básicas del niño.

#### Maltrato y abandono emocional

- Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato del niño.
- No calma el llanto del niño.
- Facilita u obliga permanencias prolongadas en la cuna/cama (en lactantes y preescolares).
- Rechaza verbalmente, insulta, menosprecia y desvaloriza al niño.
- Basa sus relaciones con el niño en el temor o en una disciplina excesiva.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Mantiene unas exigencias superiores a las propias del momento evolutivo del niño o de sus características individuales.
- Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).
- Parece no preocuparse por los problemas del niño.
- Tolera todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno.
- No acepta la iniciativa del niño; impide al niño una mayor autonomía y autodeterminación.
- Aparta al niño de las interacciones sociales.
- Cambios frecuentes de las funciones parentales; renuncia de su función parental.
- Es inaccesible o poco disponible para el niño.
- No participa en las actividades diarias del niño.
- Tiene un exceso de vida social o laboral.

- Alienta a cometer conductas delictivas; expone al niño a pornografía; premia conductas agresivas.

#### Maltrato prenatal

- Rechazo del embarazo o indiferencia emocional.
- Falta de control y seguimiento médico del embarazo.
- Negligencia personal en la alimentación e higiene.
- Exceso de trabajo corporal.
- Medicaciones excesivas o inadecuadas.
- Exposición a irradiaciones.
- Presencia de enfermedades que pueden causar malformaciones o infecciones feto-neonatales (especialmente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual).
- Consumo inadecuado de tabaco.
- Consumo de drogas, alcohol o psicofármacos.
- Presencia de psicopatía.
- Promiscuidad / prostitución.
- Participación en actividades delictivas o está en prisión.
- Maltrato físico dirigido a la madre o al feto por parte del padre/compañero.
- Negligencia en la atención de las necesidades básicas de la madre por parte del padre/compañero.

#### Síndrome de Münchausen por poderes

- Habitualmente el perpetrador es la madre (más del 95% de los casos).
- Madre con un rol parental de cabeza de familia.
- Madre inteligente y atenta, que mantiene buena relación con el personal sanitario.
- Madre excesivamente protectora que no quiere abandonar a su hijo en el hospital.

- Madre con reacción paradójica respecto a la enfermedad de su hijo: por defecto (la madre está menos preocupada por la enfermedad del hijo que el personal que le atiende) o por exceso (la madre se queja de que se está haciendo poco por diagnosticar la enfermedad del niño).
- Madre con frecuentes trastornos de personalidad o conductuales. Con menor frecuencia presentan una enfermedad mental severa.
- Madre con historia personal de enfermedad parecida a la del hijo o con antecedente de síndrome de Münchausen (10-25% de los casos).
- Madre con fondo paramédico (suele tener conocimientos y/o antecedentes de profesión sanitaria usualmente frustrada).
- Padre ausente o que apenas aparece en el hospital. En los pocos casos en que el padre es el perpetrador, no presentan el perfil atento y protector de las madres, sino que son descritos como desinteresados, descomprometidos y pasivos, a pesar de la enfermedad de su hijo, así como emocionalmente lábiles y mentalmente inestables.
- El perpetrador relata unos síntomas/signos que discrepan con la historia clínica, el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios.
- Los síntomas/signos de la supuesta enfermedad no se presentan cuando el perpetrador está ausente.
- El perpetrador involucra a múltiples médicos, frecuentemente en diferentes hospitales y en diferentes ciudades.
- Antecedente de historia de maltrato físico, enfermedad rara o muerte en hermanos (en el 8,5% de los casos existe el antecedente de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en hermanos).

### *Bibliografía*

*Assessment of maltreatment of children with disabilities.* American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. *Pediatrics* 2001; 108:508-512. [Medline]

Bel J, Natal A, Cachadiña F, Mainou A, Granada ML, Rodrigo C. *Retraso de crecimiento y estado nutricional en niños ingresados en una institución de acogida.* *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (3): 86-89. [Medline]

*Child abuse.* National Library of Medicine. Medline Plus. [En línea]. [Fecha de consulta 5 junio 2002]. URL disponible en: [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/childabuse.html>]

De Paúl Ochotorena J, Arruabarrena Madariaga MI. *Manual de protección infantil.* Barcelona: Editorial Masson; 1996.

*Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia.* Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León; 1998.

*Diagnostic imaging of child abuse.* American Academy of Pediatrics, Section on Radiology. Pediatrics 2000; 105: 1345-1348. [Medline]

Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. *Child neglect: guidance for pediatricians.* Pediatr Rev 2000; 21: 111-116. [Medline]

Gómez de Terreros I. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil.* Granada: Editorial Comares; 1995.

*Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review.* American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1999; 103: 186-191. [Medline]

Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook.* 2nd ed. Churchill Livingstone; 1999.

Loredo Abdalá A. *Maltrato al menor.* Madrid: Interamericana, McGraw-Hill; 1994.

Martínez Roig A, De Paúl Ochotorena J. *Maltrato y abandono en la infancia.* Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1993.

*Medical necessity for the hospitalization of the abused and neglected child.* American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care and Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1998; 101: 715-716. [Medline]

Oliván G, Fleta J, Baselga C et al. *Síndrome de Münchausen en la infancia.* Bol. Soc. Pediat. Arag. Rioja Sor. 1992; 22: 184-190.

Oliván Gonzalvo G., Fleta Zaragoza J., Baselga Asensio C. et al. *Centros de Acogida de Menores.* An Esp Pediatr 1994; 41: 97-101.

Oliván Gonzalvo G. *Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida.* An Esp Pediatr 1999; 50: 151-155. [Medline]

Oliván Gonzalvo G. *Evaluación del estado nutricional de los menores que ingresan en Centros de Acogida.* An Esp Pediatr 1999; 51: 643-647. [Medline]

Oliván Gonzalvo G. *Evaluación del crecimiento recuperador en lactantes maltratados.* An Esp Pediatr 2001; 54: 53-57. [Medline] [Texto completo]

Oliván Gonzalvo G. *Maltrato en niños discapacitados: características y factores de riesgo.* An Esp Pediatr 2002; 56: 219-223. [Medline] [Texto completo]

*Oral and dental aspects of child abuse and neglect.* American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1999 Aug;104(2 Pt 1):348-50 [Medline]

Querol X. *El niño maltratado.* Barcelona: Editorial Pediátrica; 1990.

Rubin DM, McMillan CO, Helfaer MA et al. *Pulmonary edema associated with child abuse: case reports and review of the literature.* Pediatrics 2001; 108: 769-775. [Medline]

*Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report.* American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 2001; 108: 206-210. [Medline]

Siegel PT, Fisher H. *Münchausen by proxy syndrome: barriers to detention, confirmation, and intervention.* Children's Services: Social Policy, Research, and Practice 2001; 4: 31-50.