

ACTUACION DEL MEDICO ANTE UN CASO DE MALTRATO EN LA INFANCIA

J. FLETA ZARAGOZANO, C. BASELGA ASENSIO, J. ANDRES SANZ, M. MAGAÑA HERNANDEZ, R. NUEL QUILEZ, G. OLIVAN GONZALVO
Del Grupo de Trabajo sobre el Maltrato en la Infancia

Grupo de Trabajo sobre el Maltrato en la Infancia. Colegio de Médicos. Zaragoza

RESUMEN

Los autores definen el concepto de maltrato infantil, entendiéndolo como tal, al niño maltratado tanto física como emocionalmente. Pretenden sensibilizar al médico frente a este problema e indican pautas diagnósticas e emplear en cada caso. Finalmente insisten en la necesidad de que el profesional que asiste a un niño maltratado, e incluso ante la sola sospecha, notifique la situación a la entidad que corresponda.

PALABRAS CLAVE

Maltrato en la infancia. Lesiones. Denuncia de malos tratos.

BEHAVIOUR OF THE DOCTOR WITH A CASE OF CHILD ABUSE

SUMMARY

The authors have defined the concept of child abuse as being the abuse, both physical and emotional, of a child. They hope to arouse the sensitivity of doctors who are faced with this problem and provide them with guidelines to be used when diagnosing each case. Finally they insist on the need for the professional person who is attending an abused child, even if it is only a suspected case, to notify the corresponding authorities.

KEY WORDS

Abuse during childhood. Lesions. Notification of abuse.

Introducción

El maltrato en la infancia es una práctica bastante frecuente en los países desarrollados. Gran parte de los casos, no se denuncian y con frecuencia es difícil demostrar la relación causa (el maltrato o violencia) y efecto (la lesión en el niño). El estudio de esta situación, si se quiere abordar con efectividad, debe llevarse a cabo mediante la colaboración de diferentes profesionales, entre los que se encuentran los médicos que atienden a pacientes de estas edades.

En este trabajo se pretende marcar unas pautas de actuación del médico ante un caso de malos tratos en un niño o ante la sola sospecha de esta situación.

Situaciones a tener en cuenta

Generalmente al niño maltratado se le identifica como a un niño con lesiones físicas, sin embargo existen otras situaciones lesivas que no se deben olvidar y que, en gran parte de las ocasiones, son difíciles de detectar. En este sentido hay que distinguir tres situaciones bien diferenciadas:

1. *Maltrato físico.* En este caso el niño es maltratado físicamente y puede ser víctima de múltiples lesiones, fácilmente objetivables (1). En este apartado no debemos olvidar la agresión sexual, como causa de maltrato infantil que va aumentando en los países con mayor índice de desarrollo. Aunque es difícil de descubrir, este tipo de lesión conlleva gran trascendencia de tipo moral, psicológica e incluso orgánica por el riesgo de transmisión de enfermedades o producción de embarazos (2).

2. *Maltrato emocional.* Consiste fundamentalmente en crear en el niño situaciones de terror, de rechazo, de recriminaciones continuas y desatenciones que se traducen en falta de cariño hacia el mismo. Estas situaciones pueden darse en distintos medios, como en el propio domicilio, en el colegio, en instituciones e incluso en hospitales.

3. *Maltrato por omisión.* Es cuando al niño no se le procuran los cuidados físicos ni emocionales convenientes para su desarrollo integral en el seno de una familia y de una sociedad. El no procurar una higiene y alimentación correctas, o un vestido adecuado, serían unos ejemplos de abandono físico, y el no procurarle una educación, sería un ejemplo de abandono de tipo emocional.

Actitud diagnóstica: detección

1. En primer lugar es importante en la asistencia pediátrica pensar en la posibilidad de maltrato, más frecuente en nuestro medio de lo que cabe suponer. *La sensibilización* por parte del médico o del pediatra por este problema es fundamental a la hora de identificar un caso concreto (3).

2. En segundo lugar debe hacerse *una historia clínica detallada* y orientada hacia el problema. La existencia de datos discordantes en la historia, como por ejemplo la relación entre el mecanismo de producción y la gravedad de la lesión, o la existencia de múltiples ingresos hospitalarios del mismo niño, debe hacer sospechar esta situación. Cuando el niño es llevado al médico por familiares o conocidos o existe un evidente retraso en acudir a consulta, también debemos sospechar la existencia de maltrato. Por otra parte, debe infundirnos sospecha cuando se observa un niño mal vestido, mal nutrido, aspecto triste o con retraso psicomotor.

3. *La exploración física* incluirá el examen de la piel para la identificación de sus lesiones, fundamentalmente hematomas, quemaduras, mordeduras, etc., así como el examen de genitales y región perianal, tanto en niños como en niñas (4). Una correcta recogida de cualquier evidencia de su posible agresor (semen, saliva, sangre o cabello), puede ser capital para un correcto diagnóstico forense con tecnología ADN recombinante (5). Con frecuencia se observa, además, retraso de peso y talla en los niños que son víctimas de maltrato.

4. *Las pruebas complementarias* se basarán sobre todo en la práctica de:

- Estudio radiográfico, para detectar fracturas.
- Ecografía, para identificar lesiones viscerales.
- TAC, para detectar lesiones cerebrales.
- Análisis: hematocrito, hemoglobina, hierro, calcio y proteínas, para detectar estados carenciales.
- Registro fotográfico de niño y sus lesiones, por la trascendencia civil o criminal a que hubiere lugar.
- Investigación de enfermedades de transmisión sexual, sobre todo de gonorrea y sífilis, así como ADN en casos de abuso sexual.

Pauta de actuación: notificación

Una vez identificado el caso, tanto si el niño es víctima de lesión física como si es de otro tipo, se deberá declarar la situación con el fin de lograr la solución del caso concreto, y por otra parte, prevenir otras situaciones semejantes. El artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, obliga al médico a denunciar el maltrato (6, 7).

Deberán distinguirse dos situaciones:

1. *Niño gravemente lesionado.* En este caso el niño será *hospitalizado*. En el momento del ingreso, al igual que se hace ante cualquier accidente, se cumplimentará una *declaración* de las lesiones identificadas así como el pronóstico del paciente, *dirigida al juez*. El caso también será *notificado a la mayor brevedad al asistente social* del hospital, quien lo declarará, a su vez, a la institución u organismo competente.

Si existe negativa al ingreso por parte de la familia, deberá denunciarse el hecho sin demora al *juez de instrucción*, directamente o mediante las fuerzas de orden público.

2. *Niño no grave o levemente lesionado.* Ante esta situación o ante la simple sospecha, se deberá declarar el hecho al *asistente social* del organismo o institución en donde se asiste al niño, *dentro de las primeras 24 horas*. El asistente social lo deberá comunicar al organismo competente.

Si el médico identifica a un niño con este problema fuera del ámbito hospitalario o de otra institución, deberá notificar tal situación al Servicio Provincial de Sanidad y Bienestar Social (D.G.A.), Sección de Atención al Menor, en calle Super-vía n.º 27, teléfono 55 31 37, en horario de 8 a 15 horas, en donde se le indicará el proceso a seguir. *Fuera de este horario es necesario contactar con el Grupo de Menores de la policía nacional*. Más allá de nuestra Comunidad Autónoma se seguirán las indicaciones que dicte cada Administración.

Según la Academia Americana de Pediatría, el hospital es el lugar más adecuado para el diagnóstico inicial y tratamiento de todo niño sospechoso de haber sido maltratado. El ingreso permite, además, la realización de estudios, diagnósticos rápidamente y la valoración de los factores psicosociales. No obstante cada caso

se debe considerar por separado debido a las especiales circunstancias psicosociales que rodean a cada niño.

Las actuaciones posteriores en cuanto a establecer un plan terapéutico global, en el que se incluye la separación temporal padres-hijo, se llevará a cabo mediante la acción conjunta de un equipo interdisciplinario y a nivel institucional. En la actualidad se están elaborando programas de actuación en distintas comunidades autónomas, así como la actualización de la Ley que ampara al niño en todos sus aspectos.

BIBLIOGRAFIA

1. BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, ANDRES J, VICO P, SANCHEZ R, TABOADA V, NUEL R, OLIVAN G: Problemática actual del maltrato infantil. «Bol S Pediatr Arag Sor» (en prensa).
2. COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT: American Academy of Pediatrics: Pautas para la valoración de los niños sometidos a abusos sexuales. «Pediatrics» (ed. esp.), 1991; 31: 109-114.
3. BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, ANDRES J, NUEL R, OLIVAN G: La infancia maltratada. «Bol S Pediatr Arag Rioj Sor» (en prensa).
4. EMANS S J: Sexual abuse in girls: What have we learned about genital anatomy? «Pediatrics», 1992; 120: 258-260.
5. MCCABE E R B: Applications of DNA fingerprinting in pediatric practice. «J Pediatr», 1992; 120: 499-509.
6. MARINA C: Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el maltrato infantil. «An Esp Pediatr», 1991; 35: 113-119.
7. TORCIDA I, GARCIA FUENTES M: Malos tratos en la infancia. Actuación de los profesionales sanitarios. VI Curso Nacional de Enfermería Pediátrica y I Curso Nacional de Medicina Pediátrica. Santander, 22-26 de octubre, 1990. Libro de Ponencias, p. 223-247.