

Trabajo Fin de Grado

Grado en Medicina

# Maltrato infantil: una revisión y un análisis de la situación actual por medio de entrevistas a pediatras y un caso judicializado

Egilea /Autor:

David Padilla Varona

Zuzendaria / Director/a:

Francisco Etxebarria Gabilondo



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>3</b>
<b>3. SÍNDROME DEL BEBE SACUDIDO (SBS) Y TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO (AHT) .....</b>	<b>3</b>
<b>3.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSTRUCTO SÍNDROME DEL BEBE SACUDIDO .....</b>	<b>3</b>
<b>3.2 TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2.1 Clínica y características de las lesiones principales .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2.2 Diferencias con el traumatismo accidental .....</b>	<b>10</b>
<b>3.3 HERRAMIENTAS PREDICTORAS DEL TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>3.4 PREVENCIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>4. MALTRATO INFANTIL: EVALUACIÓN INICIAL, DIAGNÓSTICO Y MANEJO.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....</b>	<b>22</b>
<b>4.4 PREVENCIÓN.....</b>	<b>24</b>
<b>5. ENTREVISTA A PEDIATRAS.....</b>	<b>25</b>
<b>6. ANÁLISIS DE UN CASO JUDICIALIZADO.....</b>	<b>34</b>
<b>6.1 EXPOSICIÓN DEL CASO .....</b>	<b>34</b>
<b>6.2 ANÁLISIS.....</b>	<b>39</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>45</b>

**8. BIBLIOGRAFÍA..... 47**

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia es una lacra con la que la humanidad ha tenido que convivir desde los inicios de su existencia. Es una acción presente en nuestra sociedad día tras día que los periódicos, telediarios u otras fuentes secundarias no nos privan de conocer. Cualquiera puede ser objeto de ella.

En los últimos años, se ha hablado en numerosas ocasiones y en diferentes ámbitos sobre esta temática, pero el debate ha ido dirigido, principalmente, a la violencia de género, a buscar formas de reducir su incidencia, de proteger a la mujer, y mejorar su manejo por parte de las múltiples disciplinas implicadas en él. Muestras recientes de ello son, entre otras, el proyecto de reforma del código penal sobre delitos sexuales iniciado con la Ley de Libertad Sexual propuesta por el Gobierno actual o el retorno de la política de Igualdad a un ministerio propio, desvinculándose de aquel compartido previamente con la política sanitaria y social. A esto podríamos añadirle los múltiples protocolos elaborados tanto a nivel nacional como provincial. En el País Vasco, promovido por Emakunde, se instauró un nuevo parte de lesiones, más amplio y dirigido específicamente a los casos de abuso y agresión en la mujer.

No obstante, no nos podemos olvidar que existen otras víctimas o potenciales víctimas de violencia a parte de las mujeres. Los menores de edad y lo ancianos son otros sectores sociales susceptibles de sufrir agresiones, maltrato u otro tipo de acciones violentas. A pesar de ello, la visibilización y el tratamiento que se les ha dado no se equipara al recibido por la violencia de género. La razón de ello podría radicar en su menor incidencia o en el hecho que esta subpoblación, dada su situación vital, no tiene forma de rebelarse o manifestarse adecuadamente contra este tipo de situaciones abusivas (recordemos que se trata de niños y ancianos). Independientemente de cuál sea la causa, lo que está claro es que debemos darles importancia e intentar mejorar el manejo, la prevención y la protección de este tipo de víctimas, con los mismos esfuerzos que se están poniendo para hacer frente a la violencia de género. Al fin y al cabo, en todos los casos estamos hablando de vidas humanas.

A nivel nacional, el Ministerio de Justicia publicó en 2018 un documento para guiar a las Instituciones de Medicina Legal y Forense en la atención a menores víctimas de maltrato o abuso. Es verdad que el escrito expone diferentes formas de actuación

dependiendo del tipo de maltrato o abuso, así como que concreta, para fomentar la coordinación, los puntos de intervención de cada especialidad médico-legal que participa en su manejo. Sin embargo, se centra principalmente en las situaciones de abuso sexual, detallando los pasos que deben llevar a cabo los médicos forenses, y especificando cómo debería ser la cadena comunicativa entre el centro sanitario, el sistema judicial y el equipo forense ante un posible caso. Otros tipos de maltrato, como el físico o psicológico, quedan relegados a un segundo plano y son abarcados más superficialmente, con directrices de carácter más general (1).

En Guipúzcoa, existe un único protocolo para coordinar la actuación de las 3 grandes disciplinas involucradas en los casos de maltrato y negligencia infantil: los Servicios Sanitarios, los Servicios Sociales y los Servicios Judiciales. Este protocolo diferencia las situaciones urgentes o de riesgo vital, en las que la actuación ha de ser más inmediata, de las situaciones no urgentes o diferidas, en las que la puesta en alerta del caso sospechado no requiere tanta inmediatez. Lamentablemente, tiene un fallo importante: el protocolo se basa en un acuerdo y consenso entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios (2). El Departamento Judicial no estuvo involucrado en su elaboración. Por tanto, es de esperar que pueda haber dificultades para coordinarse con este último Servicio, lo que provocaría un retraso en la activación de los procedimientos pertinentes para cada caso.

Estas dos situaciones son reflejo de que las directrices protocolarias y los intentos de integración y colaboración entre los ámbitos involucrados en el amplio espectro que abarca el maltrato infantil son insuficientes. Todavía hay margen de mejora.

Este trabajo se centra en la violencia y las agresiones sufridas por menores de edad, esto es, el maltrato y la negligencia infantil. La OMS define este término como toda forma de maltrato físico y emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo del que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (1) (3).

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

Por una parte, para llevar a cabo la revisión sobre el maltrato infantil, se han buscado artículos en las bases de datos PubMed, Uptodate y American Academy of Pediatrics. Se han utilizado diferentes palabras clave (“child abuse”, “abusive head trauma” “diagnosis”, “child maltreatment”, ...) para obtener una visión lo más amplia posible del tema. En PubMed, al buscar 2 palabras claves conjuntamente, se aplicó el operador booleano “AND”. También se ha recurrido a varios artículos y un protocolo facilitados por el Dr. Francisco Etxebarria Gabilondo, así como se ha solicitado y conseguido el protocolo de maltrato y negligencia infantil usado en el Hospital Universitario de Donostia.

Por otra parte, se ha elaborado una entrevista compuesta por 10 preguntas. 3 pediatras voluntarios de Osakidetza, individualmente, han respondido a ellas. El objetivo de la entrevista ha sido obtener la opinión personal de estos profesionales sanitarios y valorar las posibles dificultades y áreas de mejora que puede haber en la práctica clínica habitual, en relación con el maltrato y su manejo.

Finalmente, se ha expuesto y analizado un caso real judicializado, prestado y con el permiso del Dr. Francisco Etxebarria Gabilondo. A partir de él, se pretende mostrar la subjetividad presente en la interpretación de los hallazgos y lo complicado que es llegar a unos criterios seguros.

## **3. SÍNDROME DEL BEBE SACUDIDO (SBS) Y TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO (AHT)**

### **3.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSTRUCTO SÍNDROME DEL BEBE SACUDIDO**

A lo largo de las últimas décadas, una de las cuestiones que más polémica ha producido, tanto a nivel sanitario como a nivel judicial, es el Síndrome del Bebe Sacudido. Este término fue acuñado en la segunda mitad del siglo pasado. Inicialmente, en 1974, John Caffey introdujo este concepto bajo el nombre de

“Whiplash shaken-infant syndrome”, definiéndolo como la consecuencia de sacudidas manuales en infantes agarrándoles de las extremidades u hombros. Las lesiones resultantes eran hemorragias intracraneales e intraoculares provocadas por la sacudida cervical, en ausencia de signos externos de traumatismo (4) (5).

Posteriormente, se desarrollaron nuevos estudios científicos independientes para valorar la incidencia de estas lesiones en niños diagnosticados de abuso, oscilando entre el 50-100% (4) (5) (6) (7). En los Estados Unidos, alrededor de 1975, un pequeño grupo de pediatras con interés en el abuso infantil, hipotetizaron que la combinación de hemorragia subdural y la hemorragia retiniana podían ser diagnóstico de sacudidas violentas en el bebe. A partir de esta hipótesis, se elaboró el constructo de Síndrome del Bebe Sacudido, caracterizado por una tríada clínica clásica: hematoma(s) subdural(es), hemorragia(s) retiniana(s) y edema/lesión cerebral.

Entre 1975 y 1985, los pediatras impulsores del complejo sindrómico mencionado, se unieron a la American Academy of Pediatrics (AAP). Comenzaron a colaborar con abogados del distrito y trabajadores sociales, informándoles como su hipótesis podía aplicarse en las acusaciones del maltrato infantil y en las intervenciones de los servicios sociales, respectivamente. De esta forma, aparecieron las primeras acusaciones y condenas basadas en el Síndrome del Bebe Sacudido, aumentando en número rápidamente ante el éxito de esta nueva teoría. La aplicación de este constructo en los tribunales, junto con el hecho de haber sido promulgado por los supuestos expertos en maltrato infantil (en colaboración con el AAP), favoreció que acabara siendo aceptado por otros profesionales sanitarios (8).

Paradójicamente, no había evidencia científica en aquel entonces que pudiera confirmar la reciente hipótesis del Síndrome de Bebe Sacudido. Los estudios que la apoyaban aportaban conclusiones y evidencia algo sesgadas y, en el aspecto metodológico, podían ser inconsistentes: varios valoraban lesiones cerebrales secundarias a abuso infantil en general, sin centrar el estudio concretamente en las producidas por el zarandeo violento (4) (7); muchos describían los casos seleccionados insuficientemente o no especificaban como se había llegado al diagnóstico de maltrato previo al estudio (4) (5); en otros artículos, la selección de los casos confirmados por confesión de sacudidas tenía bastantes limitaciones: no se especificaba cuanto tiempo



ni con cuanta intensidad se había zarandeado al niño, ni si el inicio de los síntomas que el niño presento precedían a las sacudidas o ser produjeron a posteriori. Algunos estudios, ante casos sospechosos de abuso, sin una confesión por parte del cuidador/progenitor de haber sacudido al infante, eran considerados Síndrome del Bebe Sacudido, pudiendo ser así, erróneamente diagnosticados (5) (6) (9). Esto daba lugar a dos situaciones: la selección de pacientes que en realidad no habían sido zarandeados para buscar, por técnicas de imagen, la tríada clínica clásica, o que, una vez detectados los hallazgos característicos del síndrome, se presupusiera que el infante realmente había sido sacudido, llegando al diagnóstico (9). Se trata pues, de un sesgo de circularidad en el que, la presencia de las consecuencias de sacudir violentamente al niño (hemorragia subdural y hemorragia retiniana) acaban considerándose directamente como Síndrome del Bebe Sacudido, por el simple hecho que, el propio cuadro, se caracteriza por la existencia de esos hallazgos clínico-radiológicos.

Quizás por confianza en la AAP y los considerados expertos en el maltrato infantil, quizás por falta de análisis crítico de los estudios científicos por parte de otros médicos, o quizás por otra razón, estos errores sistemáticos fueron pasados por alto. La relación prácticamente patognomónica SBS y tríada clásica (Hematoma subdural, hemorragia retiniana y edema cerebral) todavía seguían considerándose verdaderas. En aquella época, en el ámbito legal, estaba vigente la “Kelly-Frye standard”, regla jurídica a partir de la cual la admisibilidad de la evidencia científica venía dada cuando esta estaba considerablemente respaldada por la sociedad científica. Los abogados y jueces consideraban (erróneamente) que los testimonios de los expertos científicos en abuso estaban ampliamente aceptados, provocando que esa falsa impresión de aceptación y validez científica en torno al Síndrome quedara arraigada también a nivel judicial (8).

En la mayoría de los casos judicializados no existía un testigo del episodio de maltrato, por lo que, salvo confesión del acusado, las sacudidas violentas e intencionadas al niño por parte del cuidador eran especulaciones sin confirmar (8). Si en adición a lo anterior, incluimos que algunas veces el perfil de los cuidadores acusados de abuso (personas consideradas cariñosas, con buena mano con los niños y/o sin antecedentes de violencia), no casaba para nada con el de un maltratador (10), la probabilidad de una acusación y condena a un inocente pasaba a ser considerable.

Esas circunstancias no pasaron desapercibidas para todos, de forma que no tuvieron que pasar muchos años para que aparecieran los primeros detractores del constructo conocido con Síndrome del Bebe Sacudido. Estos consideraban que la base científica para afirmar que una serie de lesiones graves (lesiones cerebrales, hemorragias retinianas ...) son consecuencia de una sacudida al bebe grave e intencionada era bastante discutible. Asimismo, las sentencias implantadas a los acusados podían ser, y siguen siendo, bastante severas, produciéndose en muchos casos la ruptura de los lazos entre el hijo y sus padres (8) (10). Ante estas consecuencias y la cada vez más clara falta de consenso en el ámbito sanitario respecto a este tema, resultaba imprudente basar el dictamen de un juicio exclusiva o casi exclusivamente en el Síndrome del Bebe Sacudido (10).

El reciente cuestionamiento dio paso a los primeros estudios biomecánicos. Entre ellos, destaca el dirigido por Duhaime. En él usaron modelos de infantes de 1 mes de edad para estudiar la velocidad angular y la magnitud de aceleración rotacional producida en las sacudidas y los impactos contra superficies. Solo en el segundo los parámetros analizados alcanzaron los rangos límite considerados necesarios para producir lesiones como hematoma subdural o daño axonal. Por ello, concluyó que, por lo menos en los casos de lesiones craneales/cerebrales severas, tenía que haber un impacto, rechazando como causa el SBS (11).

Algunos estudios biomecánicos posteriores denunciaron las limitaciones en la biofidelidad de los modelos usados en la investigación anterior: Cory y sus compañeros hicieron una réplica adaptable del modelo usado por Duhaime y observaron que al variar algunos de los parámetros del mismo, con las sacudidas la aceleración angular de la cabeza aumentaba. Por ello, dedujeron que no se podía rechazar que los zarandeos violentos pudieran causar un SBS (12). También fueron utilizados crías de animales como sustituto de infantes en este tipo de investigaciones (13).

Asimismo, nuevas incongruencias dentro del SBS fueron apareciendo paulatinamente: estaba aceptado que la aparición de la sintomatología en el niño se producía casi inmediatamente después del episodio de sacudidas, pero algunos investigadores vieron que era posible un intervalo de lucidez de hasta 72 horas antes de la aparición de los

síntomas en el niño (9) (14); las caídas a poca altura (aprox. 1,5 metros) se rechazaban como posible causa de lesiones presentes en el SBS, pero nuevos estudios retrospectivos constataron casos de caídas con lesiones craneales, incluyendo hemorragias retinianas bilaterales (15); la hemorragia retiniana y subdural, consideradas tan específicas del SBS, fueron detectadas también en casos de traumatismos craneales accidentales (no abusivos), o como consecuencia de patología no traumática (como rotura de un aneurisma); etc (16) (17).

En consecuencia, una nube de escepticismo cubrió la previamente tan afianzada hipótesis primaria de SBS, comenzándose a aceptar otras posibles etiologías (principalmente los traumatismos accidentales) ante la presencia de la clínica que tan específicamente se ligaba al Síndrome. Asimismo, en 2009, la AAP propuso un nuevo término, El traumatismo craneal abusivo (Abusive Head Trauma (AHT)), como sustituto a la anterior terminología, ya que consideraba que las lesiones intracraneales típicamente asociadas al maltrato del niño podían producirse por múltiples mecanismos (solo sacudidas, sacudidas con impacto o solo impacto) y no solamente por las sacudidas (como parecía expresar el concepto de SBS) (18) (19).

### **3.2 TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO**

En la actualidad, la AAP recomienda usar mejor el término de Traumatismo craneal abusivo (AHT) en lugar de SBS, ya que, al limitar las lesiones del niño a un único mecanismo (las sacudidas), pueden llegar a obviarse evidencias de otros tipos de lesiones, producidas por otros mecanismos que están incluidos en el concepto AHT, y que arrojarían luz respecto a los sucesos causantes del cuadro presentado por el niño (19) (20). Por tanto, limitarse al uso de SBS puede dificultar y sesgar la toma de decisiones en los juicios (20).

En los últimos años, la investigación científica ha permitido avanzar en el conocimiento del AHT. Se estima que es causante de aproximadamente el 53% de las lesiones craneales traumáticas severas o fatales. El pico de incidencia se sitúa entre primer y segundo mes de vida. Generalmente, aparece asociado a otras formas de abuso (18).

A pesar de los avances ocurridos, todavía existen detractores que siguen mostrándose en contra de la validez del AHT. Su argumento principal radica en la especificidad de la tríada clínica clásica que, según ellos, se considera diagnóstica y determinante de un cuadro de AHT. Sin embargo, esta perspectiva es una simplificación del concepto, de la que se aprovechan usándola en el juzgado. Las comunidades pediátricas, en general, coinciden en que esta tríada no determina el diagnóstico de un AHT. Hay otras enfermedades y condiciones médicas que deben considerarse en el diagnóstico diferencial. Además, siempre hay que valorar los hallazgos en el contexto clínico apropiado para el caso, sin precipitarse en confirmar un episodio de AHT (21).

### **3.2.1 Clínica y características de las lesiones principales**

La presentación clínica en un infante que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico abusivo puede ser muy variable: desde una exploración neurológica normal con síntomas y signos inespecíficos (como vómitos, irritabilidad, ...), hasta un nivel de conciencia alterado, pudiendo llegar incluso a situaciones de riesgo vital, como bradicardias, apneas o coma. Algo más de la mitad de los casos se presentan con anormalidad neurológica. Las fracturas craneales y en otras localizaciones (sobre todo costillas) son también hallazgos típicos en la presentación (18) (22).

Se ha conseguido también profundizar más en los hallazgos más típicamente relacionados con este cuadro. La hemorragia retiniana se estima que aparece en el 85% de los casos (19). Se han descrito ciertos patrones que se asocian mucho más al AHT que a los traumatismos craneales accidentales: hemorragias numerosas en uno o ambos ojos, con afectación en múltiples capas y con extensión hasta la periferia de la retina (ora serrata). La presencia de retinosquisis traumática también se considera bastante específico del cuadro (18) (19) (21) (22) (23). El principal problema de estas lesiones es su posible pronta desaparición o atenuación, ya que pueden persistir desde solo unos días (sobre todo las intrarretinianas), hasta semanas (prerretinianas principalmente). Por ello, se recomienda la realización de estudios oftalmológicos preferiblemente en las primeras 24-48 horas (19).

En lo que respecta al hematoma subdural, se considera la lesión intracraneal más frecuentemente observada en infantes en el contexto de un AHT. Su localización principal es parafalcina. (19). La presencia de varios hematomas subdurales (sobre

todo en diferentes estadios evolutivos), su localización en las convexidades, fosa posterior o en la región interhemisférica son más sugestivos de un origen traumático intencionado que accidental (19) (22) (23).

En el TC, una isocaptación de la hemorragia suele ser indicativo de lesión hiperaguda o aguda, una hipercaptación de lesión aguda o subaguda temprana y una hipocaptación de lesión crónica. Sin embargo, muchas veces el hematoma subdural tiene una captación mixta (hiper- e hipocaptación), lo cual no es indicativo de hemorragias producidas en diferentes tiempos o por diferentes traumatismos (como antes se pensaba) (18) (24). Se ha propuesto que una neuroimagen con dos densidades en dos localizaciones distantes puede ser indicativo de hematomas desarrollados en tiempos distintos, ya que su presencia se ha visto frecuentemente relacionada con confesiones del agresor de violencia repetida en el niño (24).

Desde la aparición de la primera zona de hipocaptación hasta la desaparición de la última de zona de hipercaptación pueden pasar semanas. Por ello, ante este tipo de hemorragias, no puede hacerse una estimación muy precisa del tiempo de evolución (ya que puede tratarse desde una situación hiperaguda hasta una crónica) (16) (18). Además, hay múltiples reportes sobre hematomas subdurales agudos con hipodensidad de aparición muy temprana tras el evento traumático (incluso a las pocas horas). Por tanto, tampoco podemos equiparar siempre las colecciones subdurales hipodensas con cronicidad. Aun así, la presencia de algunos elementos concomitantes indica una evolución más crónica del hematoma: neomembranas subdurales o septos. La RMN es más sensible que el TC en su detección (24).

Varios estudios apoyan la posibilidad que se produzcan hematomas subdurales silentes en los neonatos, secundarios a un parto traumático. Por ejemplo, un estudio prospectivo con 111 recién nacidos, detectó a las 48 horas del parto hemorragias subdurales en el 8%. Todas ellas estaban resueltas en el seguimiento realizado a las 4 semanas. Otros estudios también orientan hacia la resolución del hematoma a las pocas semanas, pero ello no descarta la posibilidad de progresión a la cronicidad. Se requieren más datos para aclarar esta cuestión (23).

Dado que el principal mecanismo lesivo es el zarandeo, algunos autores han expuesto la necesidad de una lesión significativa de la médula espinal cervical para considerar

un diagnóstico de AHT (19). Esto se debe a que, anatómicamente, los infantes tienen una mayor elasticidad de la médula espinal, los discos intervertebrales menos desarrollados y menor tono en los músculos del cuello (23). En este contexto, es raro encontrar lesiones esqueléticas en esta localización, pero las anormalidades no óseas, como hemorragias o lesiones ligamentosas (sobre todo), son bastante frecuente (24), y por lo general no dan clínica (23). La literatura recogida hasta el día de hoy no considera que ese tipo de lesión sea un signo necesario en todos los casos de AHT. Sin embargo, dada su alta frecuencia, la RMN debería ser incluida dentro de las pruebas complementarias ante una sospecha de AHT (18) (19) (22). Dada su asociación con el traumatismo craneal abusivo, las lesiones de la columna cervical presentes en un niño sin antecedente de traumatismo claro, debería alertarnos para fijarnos en otros posibles signos de abuso (23).

### **3.2.2 Diferencias con el traumatismo accidental**

Cuando se sospecha un AHT, se tiene que establecer un diagnóstico diferencial con otras posibles causas que puedan llegar a producir alguna de las lesiones típicas ya explicadas (16) (24). La mayoría de las etiologías no traumáticas, como enfermedades vasculares (malformaciones arteriovenosas, aneurismas, tromboflebitis) o enfermedades de la coagulación (hemofilia), pueden ser detectadas por el contexto, pruebas de imagen o analítica con coagulación completa o test de ácidos orgánicos en orina (16).

La tarea se complica a la hora de diferenciar entre eventos traumáticos intencionados (AHT), y eventos traumáticos accidentales. A partir de los múltiples estudios centrados en determinar las diferencias entre ambas entidades, se ha conseguido llegar a una serie de deducciones que ayudan a orientarse hacia una de las dos causas **Tabla 3**: los hematomas epidurales aparecen con mayor frecuencia tras un traumatismo accidental, mientras que los hematomas subdurales son más frecuentes en el AHT (sobre todo los de densidad mixta); tanto las hemorragias subaracnoideas, intraparenquimatosas e intraventriculares tiene una frecuencia pareja en ambos tipos de traumatismo (18) (22) (23). Las fracturas craneales lineales son igual de frecuentes en ambos casos. Se suelen localizar en el hueso parietal. La presentación clínica es similar también en los dos tipos de traumatismo, por lo que su evaluación debe hacerse en el contexto de la

historia que cuente el cuidador del niño. Por el contrario, las fracturas craneales complejas (múltiples, bilaterales, deprimidas, diastáticas o que atraviesan las líneas de sutura) se han descrito por varios como sugestivas de AHT (18) (20) (23). Las fracturas de la esquina metafisaria y costales posteriores se ven más frecuentemente en las situaciones abusivas (20) (22) (25). Haber presentado convulsiones en las primeras 24 horas o apnea tras el episodio traumático, podrían tratarse también como sugestivos de un AHT. (22) (25).

Asimismo, es más típico del AHT la falta o presencia mínima de signos de lesión externa y las hemorragias retinianas con las características ya mencionadas en un párrafo anterior. También se considera bastante específico de este tipo de traumatismos la ausencia de una historia que justifique las lesiones (23) (25). En los traumatismos accidentales, por el contrario, es más común encontrar los hallazgos de una lesión externa (producidas por mecanismo de impacto). A veces aparecen hemorragias retinianas, pero en menor número y más focales que en el AHT. En la mayoría de los casos suele contarse un antecedente de traumatismo (23). Algunas revisiones recientes indican que los hematomas en la piel recogidos bajo el acrónimo TEN-4 (T: torso, E: orejas (ears), N: cuello (neck), -4: cualquier hematoma en menores de 4 meses) son mucho más comunes en lesiones por maltrato que lesiones accidentales (19).

Todas las lesiones o hallazgos relacionados con mayor frecuencia con el AHT no deben orientar a él como etiología del cuadro presentado por el paciente. No obstante, no hay que olvidar que estos signos pueden también encontrarse en casos de traumatismos accidentales (23).

Las caídas a poca altura han sido utilizadas como una de las explicaciones alternativas para justificar lesiones frecuentemente asociadas al AHT. Sin embargo, varios estudios han determinado la gran improbabilidad de producirse lesiones neurológicas severas o muertes en estos episodios, presentándose principalmente con lesiones focales (19) (23). Por lo general, no se producen lesiones más serias que fracturas craneales lineales (23) y pueden aparecer también hematomas subdurales. El mecanismo lesivo que acompaña a la caída no se asocia a lesiones cerebrales parenquimatosas que supongan riesgo vital para el menor (21).

Hasta el día de hoy se han ido realizando más estudios biomecánicos en relación a los traumatismos craneales abusivos. A pesar de ello, la evidencia que ofrecen sus modelos biomecánicos sigue siendo controvertida, ya que, entre otras cosas, ha sido complicado estudiar la hemorragia subdural y retiniana en ellos. No obstante, estos estudios han conseguido comprobar que las fuerzas biomecánicas son mayores si se da la conjunción zarandeo-impacto que si solo se produce un zarandeo (23). Por ello, cabe deducir que, si se dan conjuntamente las dos, las lesiones consecuentes podrán ser de mayor gravedad.

En referencia al hematoma subdural agudo, se considera que puede ocurrir por deceleración angular (como en el zarandeo), por fuerzas directas sobre la cortical de los vasos sanguíneos o por presiones/tensiones estáticas, como ocurre en el parto. Las fuerzas exactas para producir estos hematomas en infantes de diferentes edades siguen sin ser completamente entendidas (21).

Es fundamental recordar que ninguna lesión es por si sola diagnóstica de un AHT. Es el conjunto de hallazgos y lesiones, dentro su contexto clínico, el que nos dirige a su diagnóstico (8) (13) (16) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24).

### **3.3 HERRAMIENTAS PREDICTORAS DEL TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO**

Con la mira en facilitar a los profesionales sanitarios la sospecha de un posible abuso y la toma de decisiones a posteriori, se han propuesto diferentes herramientas/reglas predictoras. Su elaboración se ha llevado a cabo teniendo en cuenta las características clínicas y radiológicas típicas del AHT recogida en la literatura publicada. No obstante, solo algunas han logrado su validación por medio de estudios retrospectivo y prospectivos:

Por una parte, tenemos el “Pediatric Brain Injury Research Network clinical prediction” (PediBIRN CPredR), diseñado para decidir si iniciar o no una evaluación de abuso en infantes menores de tres años admitidos en la UCI pediátrica. Se trata de un sistema predictor compuesto por cuatro variables: compromiso respiratorio, hematomas que involucren orejas, cuello y torso, hemorragia subdural bilateral/interhemisférica y fracturas craneales (diferentes a aisladas, unilaterales, no



diastáticas, lineales y parietales). La presencia de una o más de las anteriores, sería indicación de valorar un posible maltrato. Se realizó un estudio para valorar su validez, donde alcanzó una sensibilidad del 0,96 y especificidad del 0,45 en la detección de AHT. En otro estudio de 2014, con otra población como objeto de análisis, la sensibilidad fue la misma, y la especificada alcanzó el 55% (26).

Al año siguiente, hicieron un estudio retrospectivo en la que aplicaron esta herramienta predictora. Como resultado, observaron que al guiar el screening de AHT con PediBIRN, teóricamente, la detección de AHT y el rendimiento diagnóstico en la evaluación completa de abuso ascendía, de 87% a 96% y de 49% a 56%, respectivamente. Por tanto, la aplicación de esta herramienta predictora podría incrementar la exactitud a la hora de elegir adecuadamente evaluar el traumatismo craneal abusivo en la UCI (27).

Por otra parte, está el Predicting Abusive Head Trauma tool (PredAHT CPredR), elaborado para ayudar a los pediatras a valorar la probabilidad de AHT en infantes menores de 3 años que acuden al hospital con una lesión intracraneal. Se trata de una herramienta que, por un análisis estadístico con regresión logística, predice la probabilidad de AHT. El análisis se realiza valorando la presencia de 6 variables **Tabla 1**: hematoma en la cabeza o cuello, convulsiones, apnea, fractura costal, fractura de hueso largo, hemorragia retiniana (28) (29) (30).

En el estudio de validación, alcanzo una sensibilidad del 0,72 y especificidad del 0,86 para la detección del AHT, partiendo de una probabilidad de corte para este cuadro del 50%. Posteriormente, para demostrar la validez externa del PredAHT, se realizó otro análisis retrospectivo del registro de dos centros sanitarios. La probabilidad de ser un AHT en caso de cumplirse tres o más de los factores anteriores fue siempre mayor de 81,5% (28). La sensibilidad y especificidad fueron similares a los obtenidos en el estudio anterior (29).

Un nuevo estudio se llevó a cabo para valorar la opinión de diferentes disciplinas involucradas en la protección del menor (médicos, trabajadores sociales, policías, ...) sobre la aplicabilidad del PredAHT. Los resultados sugieren que esta herramienta podría apoyar la toma de decisiones de sanitarios, trabajadores sociales y policías, y otorgarles más confianza a la hora de expresar su opinión en un juicio (30).

Por todo lo anterior, el PredAHT podría usarse como guía para estimar la probabilidad de maltrato y, de esta forma, facilitar al pediatra la toma de decisiones posteriores (hacer más pruebas para evaluar un posible abuso, alertar a los Servicios Sociales y/o Judiciales, ...). Además, tiene el potencial para estandarizar la evaluación clínica y reducir la subjetividad a la hora de valorar este tipo de casos (30). Aun así, El pediatra debería guiar su juicio también por otros detalles que observe en la entrevista y exploración del niño (29).

**Tabla 1. Variables incluidas en la herramienta de predicción de traumatismo craneoencefálico abusivo (PredAHT)**

<b>1) Hematoma en la cabeza o cuello</b>	cualquier hematoma documentado
<b>2) Convulsiones</b>	cualquier convulsión documentada, desde convulsión simple a status epiléptico
<b>3) Apnea</b>	cualquier apnea documentada en la historia inicial o durante la estancia del paciente
<b>4) Fractura costal</b>	Cualquier fractura costal documentada con prueba de imagen radiológica apropiada
<b>5) Fractura de hueso largo</b>	Cualquier fractura documentada con prueba de imagen radiológica apropiada
<b>6) Hemorragia retiniana</b>	toda hemorragia retiniana documentada tras exploración oftalmológica indirecta por el pediatra oftalmólogo

### 3.4 PREVENCIÓN

El llanto es considerado el principal desencadenante de los traumatismos craneales abusivos. Por ello, los intentos de prevención de estos cuadros podrían ir dirigidos al control de ese factor (31).

Diversas estrategias preventivas han sido desarrolladas y puestas en práctica, consiguiendo resultados exitosos en algunos escenarios, pero fracasando en otros. Como ejemplo, Dias et al, en un territorio de Nueva York, aportó a los progenitores videos y escritos sobre los peligros de zarandear al niño, así como pidió a los padres firmar una declaración de compromiso abalando que habían recibido y entendían la

información mencionada. Con ello consiguió reducir la incidencia de AHT. Sin embargo, la ampliación de este programa a la población de Pensilvania fracasó en demostrar una reducción del AHT.

A pesar de las dificultades para demostrar de forma consistente una reducción en el número de AHT, algunos programas de prevención han encontrado otros resultados positivos, como declaraciones por los padres de un mayor entendimiento del lloro de los infantes o una mejora en la auto-regulación emocional en relación al llanto (19). Asimismo, la puesta en práctica de un programa de visitas a domicilio por enfermeras ha demostrado a largo plazo un descenso en la ratio de maltrato infantil y podría ser una herramienta útil para abordar el AHT (32).

La mayoría de los responsables del abuso son hombres, por lo que el plan preventivo debería ir dirigido a ambos progenitores (16).

#### **4. MALTRATO INFANTIL: EVALUACIÓN INICIAL, DIAGNÓSTICO Y MANEJO**

Determinar un mecanismo de la lesión abusivo es esencial para la protección del menor. Una correcta sospecha (y posterior diagnóstico) de maltrato puede librar al niño de más lesiones abusivas (33), e incluso salvar su vida. Pero un diagnóstico errado, puede traer consecuencias graves. Entre ellas se incluye la posible separación de la familia y una falsa acusación al cuidador que puede derivar a un juicio criminal con una sentencia penal (10) (22).

Lamentablemente, muchos casos de posible maltrato infantil no se identifican o no se reportan a los Servicios pertinentes (34). Existen múltiples factores que contribuyen a este problema, entre los que podemos incluir el conocimiento y experiencia de los pediatras en el tema, así como la variabilidad en la interpretación de lo que constituye una sospecha razonable para decidir reportarla (33).

Ante la posibilidad de maltrato infantil se debería realizar una evaluación minuciosa por un equipo multidisciplinar, compuesto por uno o varios pediatras (mejor si están especializados en este tipo de casos), enfermeras y otras especialidades médicas,

quirúrgicas o radiológicas que acaben involucrándose en el estudio integral del menor afectado. Cada una de las disciplinas mencionadas podrá evaluar los datos e información obtenida desde su propia perspectiva para conseguir un mayor entendimiento de la situación (18) (19) (22). Tener una sospecha médica razonable para pensar que una lesión o varias en el niño ha(n) sido provocada(s), es suficiente criterio para pasar el caso a los servicios sociales y a la vía judicial. Estos, pasarán a formar parte de ese equipo multidisciplinar y ampliarán la investigación con el objetivo de encontrar evidencia adicional que respalde o descarte la sospecha médica de abuso (19) (22) (31).

La valoración de la probabilidad de abuso infantil muestra variabilidad entre los pediatras. Por ello, habría que ser precavido a la hora de interpretar la probabilidad expuesta por un único experto en esta materia. Este hecho juega a favor de un manejo multidisciplinar en los casos de sospecha de maltrato infantil (35).

#### **4.1 FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA**

Se han propuesto diferentes factores de riesgo para que un menor sufra maltrato. Entre ellos, los más repetidos en diferentes revisiones son: a nivel del menor, tener discapacidad infantil o necesidad de cuidados especiales (Ej.: cuidados consecuencia de su prematuridad), no haber sido deseado por los progenitores y tener poca edad; a nivel de familiar, la violencia doméstica en casa y la presencia de 2 o más hermanos en el hogar; a nivel de los progenitores, el consumo de drogas o alcohol, tener una enfermedad psiquiátrica (Ej.: depresión), ser madre/padre soltera/o joven y tener una percepción negativa del comportamiento del menor (23) (31) (34) (36). El hábito frecuente de llorar por parte del niño o un nivel socioeconómico bajo también se considera que asocian mayor riesgo de abuso al menor (31).

A la hora de historiar y explorar a un paciente menor que viene con su cuidador, se han descrito una serie de signos que nos tienen que alertar sobre la posibilidad de un abuso o negligencia oculta. Están recogidos en la **Tabla 1**. Cuando la historia que justifica las lesiones que presenta el menor es incongruente con los hallazgos obtenidos en la examinación, el pediatra debe plantearse ahondar más en los sucesos causantes del cuadro y poner en marcha las maniobras diagnósticas que considere oportunas.

Así, podrá valorar mejor la veracidad de la historia contada por el progenitor y localizar otras posibles lesiones que puedan reforzar la incipiente posibilidad de maltrato (31) (33) (34).

Hematomas en localizaciones anómalas, como el cuello, orejas o tronco, lesiones no compatibles con la etapa de desarrollo físico del infante (Ej.: fracturas de huesos largos en lactantes que no pueden caminar) (37) y hematomas subdurales o fracturas costales en niños menores de 1 año, son fenómenos epidemiológicamente asociados a abuso (33). Por ello, la presencia de alguno de ellos nos tiene que motivar a iniciar una evaluación de maltrato. Asimismo, la propia falta de una historia que permita comprender la causa de las lesiones del niño o un retraso inexplicado a la hora de buscar atención sanitaria para el menor afectado, también debería llevar al pediatra a tomar las medidas mencionadas anteriormente (31) (33) (34).

**Tabla 2. Signos que nos deben poner en aviso de la posible existencia de un maltrato al menor oculto**

<b>Signos de alarma principales:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de una historia que explique las lesiones del menor</li> <li>• Inconsistencia de la historia contada por el cuidador: se modifica cada vez que la cuenta o no coincide con la expresada por otros testigos</li> <li>• *Lesiones o hallazgos de la exploración no congruentes con habilidades físicas del niño para su etapa del desarrollo</li> <li>• Retraso inexplicado o excesivo en la búsqueda de atención sanitaria para el menor</li> <li>• El Cuidador no presenta preocupación por la lesión del menor</li> <li>• Hematomas en localizaciones anómalas: TEN4 (torso, oreja y cuello) o con **patrón de un objeto particular</li> <li>• Lesión atribuida a maniobras de resucitación</li> <li>• Quemaduras con forma de objeto particular o ***quemaduras de inmersión</li> <li>• Lesiones severas descritas como auto-provocadas o causadas por otros niños o animales</li> </ul>

\* Incluye: mecanismos de lesión que requieran que el niño tenga habilidades que sobrepasan su nivel de desarrollo (Ej.: hematomas inexplicados en niños que no gatean) y lesiones traumáticas importantes asociadas a caídas a baja altura

\*\*marcas del cinturón, nudos, mordedura humana, cuchara y otros objetos

\*\*\*afectan principalmente a las extremidades inferiores, preservándose ambas nalgas simétricamente

## 4.2 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la primera exploración del menor, es de gran importancia percatarse si está presente alguna lesión centinela, esto es, lesiones menores y visibles, pobremente explicadas, que constituyen la forma de presentación inicial de un maltrato. Dentro de ellas tenemos los hematomas, lesiones músculoesquéticas y orales menores, incluyendo desgarró del frenillo labial en un infante que no gatea. Su detección podría dar la oportunidad de identificar e intervenir a los niños con potencial riesgo de abuso, antes de que este último escale a mayores niveles (33) (38).

Lamentablemente, identificar el maltrato en su primera presentación suele ser difícil, porque muchas lesiones centinelas son menores y complicadas de detectar, o no se les da importancia (38). Además, a pesar de una exploración física exhaustiva, muchas lesiones pueden permanecer ocultas. Se han descrito la presencia de lesiones abdominales, fracturas o lesiones cerebrales en niños con una evaluación normal (33).

La negligencia es la forma de maltrato infantil más frecuente. Por ello, no hay que olvidar fijarse en el aspecto del paciente. Signos como una apariencia malnutrida, una falta de higiene o llevar ropa sucia y descuidada deberían orientar a una actitud negligente de los progenitores con su hijo o hija (34).

El primer contacto con el menor no solo debe sustentarse en la historia clínica y su exploración física. También hay que fijarse en otro elemento que puede aportarnos más indicios de un probable abuso oculto: la interacción cuidador-menor. Una actitud severa o violenta del progenitor/cuidador con su hijo o presenciar una discusión entre ambos, pueden ser comportamientos que encajen con la posibilidad de que el mayor de edad haya maltratado al pequeño. Otras situaciones, como un adulto mostrando indiferencia por lo que le pasa al menor o respondiendo de forma inapropiada con respecto al grado de severidad de la lesión, también pueden reforzar o hacer surgir la sospecha.

Es poco habitual que el cuidador confiese parcial o totalmente haberle infligido la(s) lesión(es) al paciente. Por lo general estas confesiones indican que el adulto acepta el abuso y está buscando ayuda para solucionar el problema (33).

Una vez el pediatra tenga la sospecha de maltrato tras la valoración inicial, solicitará o realizará las pruebas complementarias que considere apropiadas para profundizar en el estudio de abuso e intentar obtener mayor certeza de su existencia. La elección del tipo de prueba dependerá de los hallazgos detectados en la exploración física, la edad del paciente (37) y los datos obtenidos de la historia contada por el cuidador y/o el menor. Se tendrán en cuenta tanto los acontecimientos causantes del cuadro como los sucesos posteriores a su aparición.

Por una parte, si el paciente presenta signos o síntomas sugestivos de lesión intracraneal (síntomas neurológicos, apnea, ...) o existe evidencia de una fractura craneal, se realizará una prueba de neuroimagen. En el estudio inicial o el momento agudo, se prefiere el TC craneal sin contraste, ya que es la técnica más sensible en la detección de hemorragias agudas (33) (37). Posteriormente, si en esta prueba se observa alguna lesión, es apropiado hacer una RMN cerebral (31), ya que ofrece información adicional no visionada en el TC en un 25% de los casos (37). Este tipo de situaciones orientan sobre todo a un AHT, por lo que también estaría indicado llevar a cabo un estudio oftalmológico (31). Si el TC craneal no presenta alteraciones significativas, pero la clínica del paciente orienta a la existencia de algo patológico a nivel intracraneal, es recomendable también realizar una RMN cerebral (37).

Cuando se haga la RMN cerebral, se debería aprovechar a incluir la columna cervical, sobre todo ante sospecha de un AHT, ya que se estima que en un tercio de las sospechas se consigue demostrar lesiones de columna escondidas (33) (37). La mayoría de ellas son ligamentosas. Se podría plantear la ampliación de la RMN al total de la columna vertebral solo cuando existan claras dudas en el mecanismo lesivo (traumatismo accidental vs. Infligido) (37).

Por otra parte, se recomienda realizar un estudio radiológico esquelético si hay evidencia o sospecha importante de fractura, incluyendo la fractura craneal compleja. Si presenta síntomas o signos neurológicos, apnea u otras lesiones altamente sugestivas de abuso, también estaría indicado (37).

La American Academy of Orthopaedic surgeons recomienda evaluar la posibilidad de maltrato infantil en niños menores de 36 meses con fractura metafisaria de fémur y sin historia explicativa o sin predisposición para fractura patológica (39).

Cuando el menor tiene signos o síntomas que nos orientan a una o varias lesiones abdominales o pélvicas (hematomas cutáneos abdominales, distensión o dolor abdominal, disminución o ausencia de ruidos intestinales), se recomienda pedir una analítica que incluya transaminasas (ALT y AST) y lipasa, para valorar si está afectada la función hepática o pancreática, respectivamente (33) (37). Se pueden considerar valores umbrales patológicos una ALT o AST  $> 80$  y lipasa  $> 100$ , ya que en base a un estudio multicéntrico observacional, estos valores han demostrado una sensibilidad del 84% y especificidad del 83% en la detección de lesiones intraabdominales (33). Si alguna de las moléculas aparece alterada, se realizará un TC abdominal con contraste intravenoso (33) (37). Dependiendo de la sospecha y el estado clínico del menor, se podría pasar directamente a realizar la prueba de imagen mencionada.

Entre las diferentes lesiones abdominopélvicas tenemos la pancreatitis, el pseudoquiste pancreático, la laceración o contusión hepática, de glándula adrenal, bazo, intestino o riñón. En comparación con los traumatismos accidentales, se observa con mucha más frecuencia afectación de localización pancreática e intestinal en los traumas abusivos (37).

En caso de presentarse un menor con hematoma(s) (cutáneo, sobre todo) o hemorragia intracraneal, se recomienda descartar enfermedades hematológicas que puedan ser una causa subyacente o haber predispuesto al desarrollo de estas lesiones. Algunas fuentes recomiendan llevar a cabo este estudio en todos los casos de sospecha de maltrato con hematomas o hemorragias. Pero podría ser razonable omitirlo en situaciones en las que el diagnóstico de abuso es más claro: Por ejemplo, ante la existencia de testigos, la confesión del autor, lesiones cutáneas con la marca de un objeto o una mano o lesiones múltiples no explicables por una condición patológica (33). Hay que tener en cuenta que los hematomas secundarios a enfermedades hematológicas suelen localizarse en las localizaciones típicas de los hematomas accidentales (31).

El estudio inicial de enfermedades hematológicas incluye un hemograma completo con recuento plaquetar, tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina activado (TTPa), antígeno del factor de von Willebrand (FVW), actividad del FVW (cofactor ristocetina), niveles de Factor VIII y IX. El dímero D y el fibrinógeno se estudiarán en los casos de hemorragia intracraneal (33) (34).



Si tenemos un posible abuso infantil, pero por su clínica no sospechamos lesión neurológica o visceral, la elección de las pruebas complementarias dependerán de su edad. En este contexto, en infantes menores de 2 años se recomienda realizar un estudio radiológico esquelético completo (18) (19) (33) (34) (37). Esto se debe a que más de la mitad de los casos de abuso se acompaña de alguna fractura y a que la mayoría de estas últimas se produce en niños menores de 18 meses. En menores de 2 años no hay evidencia suficiente para apoyar hacer de forma rutinaria una prueba de neuroimagen, pero sería recomendable mantener un umbral bajo a la hora de decidir realizar este tipo de prueba ante posibles casos (37). Alguna fuente recomienda realizarla en todos los infantes menores de 6 meses con sospecha de maltrato (31) (33).

En edades muy tempranas el infante no tiene capacidad para comunicar si tiene dolor o molestias en alguna localización, lo que limita la exploración física abdominal. Además, las lesiones abdominales ocultas pueden aparecer en los maltratos físicos. Por estas razones, en menores de 6 meses, puede estar indicado la petición de una analítica con ALT, AST y lipasa como screening de lesiones intraabdominales no manifiestas (33). El límite de edad para recomendar esta prueba no está claro, aunque dada la baja sensibilidad del examen físico, hasta los 5 años podría ser una opción válida solicitarla (31). En niños más mayores se indicaría si se acompaña de una lesión significativa, como una fractura o una hemorragia intracraneal. Se pueden considerar valores límite patológicos para las transaminasas y la lipasa los mismos que los mencionados más arriba (33). Si se altera una de estas moléculas, se hará un TC abdominal con contraste intravenoso (33) (37).

Algunos centros recomiendan solicitar análisis de drogas en orina en menores de 5 años, porque ha aumentado la detección de exposición a drogas en niños maltratados (31).

A todo menor que se le haya hecho un estudio esquelético radiológico y se hallan encontrando hallazgos patológicos sugestivos de abuso, se le debería hacer un seguimiento a las 2 o 3 semanas con un nuevo estudio radiológico (31) (34). Así se podrá obtener información sobre la edad aproximada de la(s) fractura(s), y se podrá corregir hallazgos erróneos detectados previamente (37). Con este segundo estudio se consigue detectar fracturas ocultas no visualizadas en el primero (31) (37).

Si el primer estudio esquelético fue negativo, pero la sospecha de maltrato sigue siendo alta, estaría indicado también realizar el seguimiento explicado (37).

### 4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En base a los hallazgos obtenidos en las pruebas pedidas en la exploración inicial y las características del paciente, se decidirá si se amplía la evaluación para descartar patologías más concretas que podrían explicar los hallazgos clínicos y radiológicos encontrados.

Ante fracturas, principalmente si son el único hallazgo que hace sospechar un abuso, se buscarán antecedentes familiares de enfermedades óseas. Se hará también un estudio del metabolismo y la mineralización ósea con los niveles de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina sérica, hormona paratiroidea intacta, 25-hidroxi vitamina D y el estudio fenotípico o genotípico de la osteogénesis imperfecta. De esta forma, se verá si el menor tiene un déficit de vitamina D o, dependiendo de los resultados, se podrá orientar hacia una osteomalacia u osteoporosis. Si aparece un infante varón con una fractura, se podría plantear descartar la enfermedad de Menkes (enfermedad hereditaria recesiva ligada al cromosoma X) con la medición de los niveles de cobre y ceruloplasmina séricos (33). Esta última patología también habría que tenerla en cuenta en un caso posible de AHT (22), ya que puede llegar a producir colecciones subdurales y hemorragias retinianas (39).

En niños con hemorragias intracraneales, se tendrán en cuenta enfermedades metabólicas, como la aciduria glutárica (a pesar de ser una enfermedad rara) y otras patologías como meningitis o déficit de vitamina k (en neonatos) (22) (31) (33). En un menor que presenta hematomas y/o contusiones, se tendrán en cuenta para descartar la mancha mongólica, el hemangioma o la Enfermedad de Ehlers Danlos (39).

La entidad fundamental y con la que más habrá que hacer un diagnóstico diferencial es con el traumatismo accidental, por lo que es muy recomendable conocer las diferencias principales entre esta última y el traumatismo infligido o maltrato físico **Tabla 3**. Ninguna de estas diferencias es patognomónica y, por tanto, puede presenciarse en el otro tipo de traumatismo, aunque más raramente.

En referencia a las fracturas, No hay ningún tipo de patrón o localización que sea patognomónica de maltrato infantil (33) (39). Varios tipos de fracturas comunes en las lesiones provocadas, también son muy frecuentes en los traumatismos accidentales. No obstante, existen algunas que son altamente sugestivas de abuso en la edad pediátrica.

Por un lado, las fracturas de hueso largo a nivel no ambulatorio, sobre todo si son bilaterales. Los huesos largos más comúnmente afectados son la tibia, el fémur y el húmero. Las localizaciones típicas de estas fracturas son la diáfisis, en donde suelen ser transversales, y la esquina metafisaria (lesión metafisaria clásica). Esta última se produce por coger o torcer con fuerza la extremidad. Junto con las lesiones metafisarias clásicas, las otras fracturas más típicamente asociadas al abuso son las fracturas costales (21) (39), las lesiones por separación epifisaria y las fracturas avulsivas del acromion (39).

Por otro lado, las fracturas de la escápula, del esternón (21) (39) o digitales (en menores de 36 meses) también pueden hacer pensar un posible maltrato. La presencia de múltiples fracturas en diferentes estadios de curación refuerza aún más la sospecha (39).

A medida que se profundiza el estudio la probabilidad de maltrato cada vez será más consistente o, por el contrario, más descartable. La disponibilidad o la obtención del resultado de algunos de estos estudios dirigidos a etiologías alternativas más específicas no es inmediata. Este hecho no debería retrasar el avisar a los Servicios Sociales y/o Judiciales sobre el posible caso de maltrato o abuso (33).

Ante una sospecha del maltrato fundamentada, no hay que dudar en alertar a los Servicios Sociales y, en caso de considerarlo necesario, a los Servicios Judiciales (19) (22) (31) (33) (34), para que el niño pueda ser seguido, aunque sea solo a nivel ambulatorio (34).

Tabla 3. Características más frecuentes del traumatismo inflingido/abusivo y del traumatismo accidental para facilitar el diagnóstico diferencial

	Traumatismo inflingido/abusivo	Traumatismo accidental
Hematoma subdural	más frecuentes (densidad mixta)	menos frecuentes
Hematoma epidural	menos frecuente	más frecuente
Hemorragias subaracnoidea, intraparenquimatosas e intraventriculares	Frecuencia similar	Frecuencia similar
Fractura craneal • Lineal • Compleja	Frecuencia y *localización similar más típicas	Frecuencia y **localización similar menos frecuente
Fractura costal • Posterior	más frecuente	menos frecuente
**Lesión metafisaria clásica	muy sugestiva	menos asociada
Fracturas en diferentes estadios de curación	muy sugestivo	poco probable
Hemorragias retinianas	más frecuente numerosas extensas (hasta periferia) Afecta múltiples capas	menos frecuente poco número focales
Hematoma ***TEN4	mucho más frecuente	poco frecuente
Signos de lesión externa	frecuentemente ausentes en el AHT	generalmente presentes y visibles
Ausencia de historia o historia inconsistente	más típico	suele haber una historia congruente con la lesión

\*Se localizan típicamente en el hueso parietal

\*\*Equivale a la fractura de la esquina metafisaria

\*\*\*Hematoma localizado en torso, oreja o cuello o cualquier hematoma en niño menor de 4 meses.

#### 4.4 PREVENCIÓN

El maltrato infantil es un problema de la sanidad pública, por las consecuencias que produce a largo plazo en la salud de los niños, tanto a nivel físico (déficits neurológicos, parálisis cerebral o retraso en el desarrollo por AHT) como psicológico (tienen mayor tendencia a depresión, trastornos de la conducta o abuso de sustancias) (34) (40). Por todo ello, es importante que los sanitarios tengan un nivel de sospecha alto para el maltrato infantil, ya que su identificación precoz podría llegar incluso a salvarle la vida al menor (34).

Para conseguir esta detección precoz del abuso, una de las maniobras preventivas más importantes es la identificación de las lesiones centinelas. A poder ser en la primera visita al centro sanitario. Su localización se podría facilitar apoyándose en guías que dirigieran su evaluación y reconocimiento. El desarrollo y la valoración de herramientas de screening dirigidas a tipos de maltrato concretos, podría ser también de gran ayuda en esta labor (38). Estas medidas serían una forma de intervención activa para evitar que se produzcan episodios abusivos de mayor gravedad en el futuro del menor (40). Todo esto debería apoyarse en un equipo multidisciplinar (38).

## **5. ENTREVISTA A PEDIATRAS**

Los pediatras son los profesionales que, a nivel sanitario, detectan y manejan las situaciones de maltrato en el menor. Con el objetivo de conocer la perspectiva y opinión de ellos en torno a diferentes aspectos de este tema (conocimiento personal, modo de evaluación, coordinación con otros servicios, áreas de mejora, ...), se elaboró un conjunto de 10 preguntas. Se realizó la entrevista a 3 pediatras voluntarios del Servicio de Osakidetza que, durante su carrera laboral, habían tenido en sus manos algún caso sospechoso de maltrato.

### **1) Número de casos de sospecha de maltrato infantil (independientemente de la posterior confirmación o rechazo), que ha visto a lo largo de su experiencia laboral**

Dos de los pediatras respondieron que habían detectado y valorado aproximadamente 12 casos, y el tercero unos 20 casos. Uno de ellos añadió que le parecían pocos los menores que había evaluado con sospecha de un abuso, afirmando que se trata de una entidad muy infradiagnosticada. Los tres coincidieron en que los casos que se identifican y diagnostican, son solo la punta del iceberg, mientras que otros muchos, más sutiles y menos claros, pasan desapercibidos.

### **2) ¿Ha tenido alguna disputa o problema con el profesional médico con el que ha colaborado en estas situaciones, a la hora de manejar o tomar alguna decisión respecto al caso?**

Uno de los entrevistados explicó que las posibles sospechas de maltrato, de primeras, son casos que no gusta mucho coger, ya que suelen ser bastante farragosos y suelen llevar bastante tiempo si se tiene en cuenta la puesta en conocimiento a los Servicios Sociales y/o Judiciales que se suele hacer posteriormente. Pero, como es lógico, ningún se niega a asumirlos. No obstante, los tres pediatras han asegurado que, ante la toma de decisiones, como pedir una prueba concreta o avisar a los Servicios Sociales, se suele debatir entre los compañeros profesionales, y no suele haber problemas, ya que se intenta llegar a un consenso. *“Al final, es un tema que puede crear muchas dudas e incertidumbre. Por ello, es bueno tener segundas opiniones”*.

### **3) ¿Qué grado de probabilidad de maltrato/abuso infantil cree suficiente para optar por alertar a los servicios sociales y/o judiciales?**

Los tres pediatras marcan que hay que diferenciar el avisar a los servicios sociales y alertar a los servicios judiciales. Dos de ellos consideran que, ante la mínima sospecha, habría que poner el caso en conocimiento de los Servicios Sociales. El profesional sanitario restante, opina que habría que hacerlo desde que se tiene un bajo nivel de sospecha. Con ello, se pretende que los Servicios Sociales vigilen, sigan de cerca a la familia, y valoren si existe algún otro factor sospechoso.

Por el contrario, a la autoridad judicial se avisará dependiendo de las circunstancias y la tesitura de la situación. Uno de los entrevistados comentó que para decidir alertar al juez la probabilidad de ser un maltrato suele ser bastante alta (alrededor de un 70%). Explica que esto se debe a que se tiene en cuenta el estudio al que serán sometidos los padres (pudiendo llegar incluso a juicio), y las consecuencias que puede traer para ellos. Por esta razón, algunos sanitarios tienden a pensar más en otras posibilidades que hayan podido producir el cuadro del menor.

Esto último, es indicativo de la subjetividad que rodea a la toma de decisión de poner bajo conocimiento al juez o no del posible caso de abuso. Algunos querrán evitar que los progenitores sufran todo lo que implica involucrar a los servicios judiciales. Por ello, el umbral que tendrán para avisar de estas situaciones aumentará, haciéndolo solo cuando haya mayor seguridad de maltrato. Por el contrario, habrá otros sanitarios que prioricen preservar, a toda costa, la protección del menor, por lo que alertaran al juez ante situaciones donde la certeza de maltrato sea menor. Además, la capacidad de

decidir y manejar este tipo de patología depende en gran medida de la experiencia que el profesional tenga con ella.

Bajo el punto de vista de todos los pediatras preguntados, existen situaciones evidentes en las que hay un riesgo vital para el menor. Estas no pueden hacer dudar de alertar a ambas disciplinas, tanto la social como la judicial.

Asimismo, uno de los pediatras especifica que, la negligencia o falta de cuidados que puede observarse, con frecuencia se debe a la falta de conocimientos o habilidades por parte de los progenitores. Por tanto, en estos casos, lo idóneo sería hablar con los Servicios Sociales y el pediatra de atención primaria y recomendarles educar a esa familia.

Generalmente, uno se pone en contacto con los Servicios Sociales del hospital, y estos se comunican con los Servicios Sociales del Ayuntamiento, quienes evalúan la situación familiar (si están en seguimiento o lo han estado, ...).

Además, se valora quien es el presunto maltratador y el riesgo en el que este el niño. Si el niño está en riesgo vital (porque, por ejemplo, el abuso proviene de alguno de los progenitores), se avisa directamente desde Urgencias Pediátricas al Juez quien da vía al médico forense, y también a los Servicios Sociales. En estos casos, a veces ingresan en el hospital. Si el agresor no fuera conviviente, el menor tiene cierto grado de protección con sus progenitores, por lo que se avisa a Servicios Sociales, a su médico de atención primaria y se va a su casa con ellos. En esta última situación, los padres son muchas veces los que interponen la denuncia.

**4) A) ¿Existe buena comunicación entre vosotros, los profesionales sanitarios, y el resto de servicios no sanitarios que forman parte del sistema que maneja la sospecha de maltrato o negligencia en los niños?**

Dos de los profesionales sanitarios estuvieron de acuerdo en que la comunicación con los Servicios Sociales (EZIA, ...) es muy buena. El otro, a pesar de considerarla buena también, expuso que en bastantes situaciones se producen dificultades que enlentecen el proceso. Los Servicios Sociales del hospital solo están por la mañana entre semana. Muchos casos sospechosos van al hospital a la tarde o el fin de semana, momentos en los que es imposible contactar con ellos, lo que obliga a llamar al SMUS (Servicio

Municipal de Urgencias Sociales) o SFUS (Servicio Foral de Urgencias Sociales). A veces esos teléfonos tardan en contestar, aparecen complicaciones o las cosas se activan al revés.

Por el contrario, con el Servicio Judicial, unánimemente afirman que la comunicación no es buena.

**B) ¿Hay algún acuerdo establecido entre los servicios implicados para facilitar la activación de todos los procedimientos que se necesiten realizar, y favorecer la transmisión de la información inter-servicio?**

Los tres pediatras hacen mención de un protocolo que utilizan ellos como guía para saber cómo actuar (3). Se elaboró para marcar y aclarar los pasos que deben seguirse ante una sospecha de maltrato (a quien hay que comunicárselo, a través de que medio, ...). En él se determinan los criterios de cuando sospechar un maltrato/desprotección en el menor y diferencia aquellas situaciones urgentes en las que hay que actuar de forma inmediata de aquellas más leves en las que se puede actuar de forma diferida (con el aviso no urgente a los Servicios Sociales). Dos de ellos conocían que se trataba de un acuerdo establecido entre Osakidetza y los Servicios Sociales en la provincia de Guipúzcoa, mientras que el otro, no sabía especificar quienes habían sido los involucrados en su elaboración.

Los Servicios Judiciales no participaron en el desarrollo del protocolo. Los entrevistados consideran que es esto último la causa de la mala comunicación que suele haber con las autoridades judiciales. Creen que por parte de estas hay un desconocimiento sobre las pautas y la forma de actuar que vienen determinadas en el protocolo. A menudo ha habido dificultades a la hora de notificar casos sospechosos de maltrato al departamento judicial, complicando la puesta en marcha de los procedimientos para su estudio.

Cuando aparece una sospecha de maltrato suficientemente razonable para contactar con el Servicio Judicial, por protocolo se le llama al juez para que valore activar y mandar al médico forense a evaluar al menor. Sin embargo, el juez de guardia al que se llama, en muchas ocasiones desconoce esta directriz, y piensa que el modo de actuar en estas situaciones es diferente. Los pediatras comentaron algunos ejemplos que



reflejan esa situación: En alguna ocasión, el juez llamado tenía entendido que había que mandar un informe, y no hacer una llamada; en un caso reciente, el juez de guardia pensaba que no había que ponerse en contacto con el médico forense ni había que hacer ninguna otra cosa; en otra ocasión, la autoridad judicial consideró que la forma de notificar el caso por parte del profesional sanitario no era la adecuada y que el aviso debería hacerse a través de la Ertzaintza.

Esta problemática se produce por no haberse hecho el protocolo de forma conjunta entre todos los Servicios implicados en el manejo del maltrato infantil. La ausencia de colaboración entre los Sectores favorece esa falta de coordinación y entendimiento en la forma que hay que actuar en las diferentes situaciones. En consecuencia, se complica el poder activar los procedimientos necesarios para que el estudio de abuso siga su curso. Es posible que el Servicio Judicial tenga sus propias pautas para manejar estos casos de sospecha, y estas no coincidan con las del protocolo que siguen Osakidetza y los Servicios Sociales.

Asimismo, los entrevistados sostienen que, desde su experiencia, los profesionales forenses conocen cuándo y cómo debe ser activada su participación. No han tenido problemas a la hora de trabajar con ellos.

**5) ¿Considera que existe evidencia científica y consenso suficiente a la hora de diagnosticar de forma segura un maltrato o abuso en la edad pediátrica? ¿Por qué?**

Uno de los profesionales sanitarios opina que no hay a evidencia científica suficiente, porque hay algunos datos que, aunque son altamente sospechosos de maltrato (hemorragias subretinianas, fracturas, ...) no son 100% específicos.

Otro apoya lo anterior, pero considera que existen algunos indicadores de maltrato que son bastante claros: hemorragias subretinianas, múltiples fracturas, hematomas subdurales en diferentes estadios evolutivos, fracturas costales de arcos posteriores, hematomas con forma de dedos, quemaduras de cigarro o lesiones (hematomas o quemaduras) en localizaciones atípicas, lesiones genitales, como herpes o condiloma acuminado. No obstante, en la práctica clínica, la identificación de ellas suele ser complicada.

El tercero de los pediatras tampoco considera que la evidencia sea suficiente, ya que, a pesar de haber lesiones sospechosas, uno no sabe que parte hay en ellas de accidente y de agresión. Muchas veces hasta que no se recibe una explicación incongruente o inconsistente, el sanitario no se plantea reportar la sospecha.

Además, añade que, ante la sospecha de un maltrato, se hace un diagnóstico diferencial y se realizan pruebas para descartar otras opciones plausibles. Así, la probabilidad de que sea maltrato cada vez es más alta o más baja.

Los tres entrevistados coinciden en que hay diferentes elementos objetivos que pueden hacer sospechar de un posible abuso, pero es la suma de ellos la que acerca a un diagnóstico más fiable.

**6) ¿Alguna vez se han celebrado sesiones clínicas sobre este tema o existen directrices claras en la Sociedad Española de Pediatría (SEP)?**

Los tres profesionales médicos confirman que se han celebrado sesiones clínicas en relación al maltrato infantil, en conjunto con la atención primaria. Uno de ellos añade que los protocolos, y dentro de ellos el del abuso, se revisan periódicamente.

Uno de los pediatras cuenta que la Sociedad Española de Pediatría tiene un documento sobre el maltrato, que habla de aspectos generales, como cuando hay que sospecharlo. Pero no hay un protocolo cerrado o directrices concretas de actuación. Los otros 2 pediatras no conocen si la SEP ha marcado algunas pautas claras a seguir, aunque suponen que igual si las hay.

En algunos de los congresos de la Sociedad Española de Pediatría se trata esta temática. En la SEUP (Sociedad Española de Urgencias de Pediatría) de este año se va a hacer una sesión con una médica forense sobre temática médico legal en la urgencia pediátrica.

**7) Qué opina respecto al Síndrome del Bebe Sacudido y su aplicación al maltrato/abuso en la infancia**

Uno de los profesionales médicos definía el SBS como un tipo de desprotección/agresión muy específica de la época del lactante. Debido a la hipotonía que tiene a nivel cervical y al tamaño grande de la cabeza, en los movimientos de

aceleración/deceleración durante el zarandeo se producen pequeñas lesiones en vasos cerebrales, desarrollándose hemorragias subretinianas y hematomas subdurales.

Los tres pediatras remarcan la importancia de diferenciar las lesiones típicas del SBS ocurridas a consecuencia de dos situaciones: Por una parte, maniobras de resucitación ejercidas por los progenitores ante un BRUE (Evento breve, resuelto, de causa inexplicable), apnea o atragantamiento en el infante. Por otra parte, sacudidas por alguno de los padres por no aguantar el llanto del infante, las conductas del niño o por estrés. En la primera situación, la voluntad de los progenitores es ayudar y salvar la vida de su hijo. Por tanto, no debería considerarse un tipo de maltrato. En el segundo contexto, los padres actúan movidos por la frustración u otra emoción haciendo daño no justificado a su descendiente. Esto si se trata de un maltrato.

Los tres profesionales han visto algún caso de BRUE o atragantamiento. A pesar de haber puesto en conocimiento de ello a otros Servicios, posteriormente, al evaluar la situación, se ha aclarado que la intención de los progenitores era proteger a su hijo. Para estos casos es bueno valorar el contexto y la estructura familiar y ver si es coherente con el tipo de comportamiento que describen los padres.

No hay que olvidar esta distinción marcada por estos pediatras, ya que, aunque no es algo muy frecuente, todos los entrevistados han tenido en sus manos algún episodio de BRUE. Además, es recomendable recordar que el estudio por los Servicios Sociales o Judiciales no se lleva siempre hasta el final. Puede detenerse cuando se piense que la sospecha de abuso no ha sido acertada.

**8) A pesar de su baja incidencia, ¿Le parece buena idea la aplicación de un programa preventivo en los progenitores para disminuir este tipo de casos?**

La opinión de los entrevistados es a favor de alguna medida preventiva que intente reducir el número de episodios de SBS o AHT. Sería buena idea avisar a los progenitores de los peligros que puede acarrear el zarandear a un niño. Más que nada porque muchos no son conscientes de las posibles consecuencias. Uno de ellos menciona que las directrices del RCP no tienen una difusión muy importante en la población general, por lo que todo lo que implicase dar a conocerlas sería una propuesta interesante.

Otro de los médicos cuenta que en alguna revisión que se ha hecho en el Servicio de Pediatría sobre el maltrato, se ha comentado de añadir en el cuaderno de salud infantil (donde va la cartilla de vacunación y consejos), una anotación al respecto. En ella vendría marcado el evitar zarandear al infante en caso de observar un atragantamiento u otra situación patológica y se incluirían directrices a seguir en esas situaciones (como hacer apropiadamente una RCP, ...). En algunos países este tipo de medidas ya se han tomado.

A día de hoy el principal desencadenante que lleva a sacudir al infante es su llanto (31). Todas las medidas que estén orientadas a educar y enseñar cómo manejar este factor podrían tener un efecto reductor en la incidencia de AHT.

En caso de ampliar la prevención al maltrato en general, uno de los entrevistados tiene dudas respecto a la eficacia que tendrían la instauración de medidas. Piensa que quien vaya a maltratar probablemente lo acabe haciendo.

**9) ¿Cree que se necesita reforzar o mejorar algún aspecto del manejo del maltrato y negligencia infantil en el contexto médico y particularmente hospitalario? En caso afirmativo, ¿Cuál(es)?**

Los entrevistados están de acuerdo en que el maltrato y la negligencia en el menor está bastante infradiagnosticado. Por esa razón, creen que deberían tener un índice de sospecha mucho más alto en el hospital, pero sobre todo en la atención primaria. Dos de los médicos opinan que el pediatra que trabaja en atención primaria es el que está mucho más cerca de la familia y el que mejor la conoce, tanto a nivel sanitario como social. Lamentablemente, hay ambulatorios en los que hay bastante tránsito de diferentes pediatras, dificultando que sea el mismo el que siga al niño de forma prolongada.

Asimismo, uno de los profesionales piensa que sería beneficioso tener una colaboración más potente dentro de los pueblos entre los Servicios Sociales y los Ambulatorios. Una mayor formación, mayor fijación en detalles y colaboración, permitiría tener un contexto social y sanitario de la familia más completo. De esta forma, se podría aumentar la ratio de detección de desprotecciones más leves, en las que una intervención precoz podría ser muy útil.

A pesar de haber buena comunicación entre los Centros de Salud y Servicios Sociales, no hay una buena compenetración, no hay reuniones multidisciplinarias socio-sanitarias. Los pediatras del Centro de Salud probablemente conocerán a las familias que estén muy desestructuradas, pero otros casos más leves, en las que una intervención socio-sanitaria precoz podría ser de ayuda, no conocen. Por ello, sería recomendable trabajar conociendo bien la situación social del paciente y que esa información también la tenga el sanitario de referencia del paciente.

El mismo profesional considera que, en el hospital, se debería notificar todas las sospechas (ante la mínima sospecha), aunque no sea por vía legal/judicial, por lo menos por la vía social para seguir más de cerca a las familias.

Otro de los entrevistados añade que sería recomendable cada cierto tiempo hacer un repaso del tema, ver cómo está organizado y como está funcionando, y en base a lo que se detecte, proponer mejoras.

Uno de los pediatras comenta que, en niños algo más mayores, a nivel escolar, debería fomentarse la educación orientada a prevenir o detectar precozmente situaciones de abuso o maltrato: hacer que conozcan este tipo de acciones e insistir en lo que está bien, lo que se puede hacer y no se puede hacer y lo que pueden permitir y no permitir en relación con esta temática. De esta forma, ante un maltrato por parte de familiares o conocidos, es probable que los niños hablasen antes sobre ello y se detectasen más precozmente los casos.

#### **10) Respecto de los posibles protocolos recomendados de diagnóstico y actuación, ¿cabe plantearse un debate para mejorarlos?**

Todos los entrevistados sostienen que se debería elaborar un protocolo en el que participen todas las partes del circuito del manejo de una sospecha de maltrato: Servicios Sociales, la Parte Legal, la Parte Asistencial (Pediatras de primaria, de urgencias, forenses). La falta de implicación de uno de ellos, conlleva que las pautas que se establezcan no vayan a ser seguidas o conocidas por todas las partes, enlenteciendo todo el proceso.

## 6. ANÁLISIS DE UN CASO JUDICIALIZADO

### 6.1 EXPOSICIÓN DEL CASO

A continuación, se expone un caso sospechoso de maltrato que fue llevado a juicio:

Se trata de 2 hermanos mellizos prematuros. Para diferenciarlos, llamaremos a uno sujeto 1 y al otro sujeto 2. Nacen por cesárea a los 7 meses de gestación. Debido a su gran prematuridad y muy bajo peso en el nacimiento, quedan ingresados durante un mes en el centro hospitalario. Tras el alta, se establece un seguimiento estrecho de los infantes, con citas tanto en el hospital, como en su Centro de Salud. Ambos progenitores, gracias al permiso de paternidad y maternidad, se encargan tras el alta del cuidado de los menores.

En una de las visitas de seguimiento, la pediatra detecta en el sujeto 1 dos pequeños hematomas en la región malar izquierda. El padre explica que se produjeron 2 días antes en la bañera. Al bañarle, el infante se le escurrió y metió la cabeza en el agua. Al ver que este tragaba un poco de agua, le agarró y cogió de la cara para sacarle de ahí.

En otra de las revisiones de rutina, al mismo infante se le detectan micropetequias en la frente. Los padres comentan que consideran que la lesión se había causado por llanto excesivo.

A los meses de edad, los progenitores llevan al sujeto 1 a Urgencias Pediátricas del Hospital tras sufrir un traumatismo craneoencefálico. Según la historia que cuentan, el infante se había caído desde el sofá, golpeándose contra el suelo de madera. Al lado de la zona donde se encontraba el niño había una hamaca metálica, por lo que podría haberse golpeado contra ella también en la caída. En el Servicio de Urgencias está estable, con constantes normales y sin focalidad neurológica. Presenta hematoma conjuntival puntiforme en el ojo izquierdo y lesión eritematosa en región temporal izquierda. Se realizó un TAC craneal en cuyo informe se describió lo siguiente:

- Colecciones subdurales compatibles con cambios de hidrocefalia externa benigna.
- Hematoma de partes blandas temporoparietal derecha con colección hemática de aspecto subdural de localización frontoparietal derecha.

- Diastasis de suturas craneales con presencia de dos imágenes sugestivas de suturas parietales accesorias perpendiculares a la sutura sagital. Se identifica otra imagen lineal en localización parietal derecha que se dirige de la sutura coronal a la lambda, asimismo compatible con una sutura accesoria diastásica.

El diagnóstico al que se llega con esta prueba de imagen es de: Traumatismo craneoencefálico, Hematoma subdural frontoparietal derecho, Hidrocefalia externa benigna y posible fractura parietal derecha

Debido a este episodio, el sujeto 1 requiere ingreso de 1 semana en la Unidad de Lactantes. Durante toda su estancia la exploración neurológica es normal y no precisa tratamiento quirúrgico. Se amplía el estudio, llegándose a los siguientes hallazgos: en una ecografía cerebral se observan colecciones subdurales bilaterales con contenido hemático; en el TAC craneal de control se detecta una solución de continuidad fronto-temporoparietal derecha y otra parietal izquierda en relación con líneas de fractura, sin variaciones respecto a la prueba radiológica previa.

A las 2-3 semanas del alta, en una revisión en consultas de Neonatología, se observa en el sujeto 1 la fontanela abombada y un aumento del perímetro cefálico de 2 cm. Por ello, se hace una ecografía cerebral urgente, en la que se objetiva el hematoma subdural en el lado derecho aumentado con respecto a la exploración previa, un hematoma crónico/higroma en el lado izquierdo y el desplazamiento de la línea media. En consecuencia, se ingresa al menor y se realiza un TAC craneal, en la que se confirman los hallazgos mencionados y se aprecia una fractura fronto-temporoparietal derecha y parietal izquierda. Se decide y realiza intervención quirúrgica para el drenaje del hematoma subdural derecho evolucionado. Durante su ingreso y en el postoperatorio, el infante se mantiene asintomático, presentando una evolución normal.

Dada las características radiológicas, se le hace una serie ósea completa, detectándose callos de fracturas costales (antiguas) en los arcos posteriores de las 11<sup>o</sup> costillas y en los arcos laterales de la 2<sup>o</sup> a las 8<sup>o</sup> costillas izquierdas. El pediatra de Atención Primaria notifica las lesiones petequiales que el infante tuvo y han sido mencionadas arriba. También se realiza un estudio oftalmológico (fondo de ojo), sin observarse cambios patológicos.

Durante su estancia en el hospital (por un mes), se comprueban los exámenes complementarios que se le han hecho desde el nacimiento. La radiografía de tórax que se le hizo el día del nacimiento es normal. Se le hace un perfil analítico para enfermedad ósea metabólica, que también es normal. Los niveles de fosfatasa alcalina, calcio, fósforo, magnesio y vitamina D son normales. En la serie ósea realizada no hay signos óseos compatibles con raquitismo o escorbuto. El fenotipo del menor es normal, sin signos clínicos de displasia ósea u osteogénesis imperfecta (No hay fracturas de huesos largos, ni escleróticas azules, ni antecedentes familiares). Por tanto, no se identifican factores de riesgo de osteopenia de la prematuridad. Todo esto hace pensar a los pediatras que llevan el caso en el Síndrome del Niño Maltratado como primera posibilidad diagnóstica.

Ante todos estos hallazgos, se notifica al Juzgado de guardia para que se estudie la posibilidad de malos tratos, iniciándose los procedimientos necesarios para ello.

Debido a la posibilidad de abuso del sujeto 1, se amplía el estudio al sujeto 2. Se analiza el seguimiento y las visitas que ha hecho tanto a su centro de salud como al hospital. En un período algo superior a un mes, acudió hasta 4 veces al Servicio de Urgencias pediátricas por diferentes motivos: ausencia de deposiciones en los últimos dos días, vómitos no biliosos repetidos o espasmos del sollozo (una pausa respiratorio breve y transitoria durante un llanto intenso). A los 4 meses, en consulta con su pediatra de Atención Primaria, se le detectan micropetequias apagadas en los laterales del tórax. Como posible explicación a esas lesiones los padres refieren que 3 días antes habían tenido que dar un volantazo en el coche porque les invadió uno en sentido contrario. En ningún momento le habían detectado esas petequias. En una de las revisiones en el Servicio de Neonatología se le hace una ecografía cerebral, objetivándose un aumento del espacio extraaxial compatible con hidrocefalia benigna externa.

Asimismo, el sujeto 2 ingresa para ampliar su estudio a cargo de Pediatría. La exploración física es normal salvo unas lesiones petequiales en la axila izquierda y la región pectoral derecha, una pequeña hemorragia conjuntival izquierda y una lesión con placa eritematosa en región malar y frontolateral izquierda con elementos petequiales. El mecanismo lesivo de esta última, según los progenitores, fue la presión contra el moisés durante el sueño del menor. En la analítica la coagulación es normal.



Se le hace una serie ósea en la que se le observan callos de fractura (antiguas) en los arcos laterales de la 7º y 8º costilla derechas. La madre infiere que podrían haberse producido mientras le bañaba una vez, por resbalón y agarre posterior a nivel del tórax. También se le realiza una valoración oftalmológica con un fondo de ojo normal, sin detectarse hallazgos patológicos.

Como con el sujeto 1, se solicitan diferentes pruebas complementarias para descartar enfermedad ósea metabólica, no identificándose tampoco factores de riesgo de osteopenia de la prematuridad. Por ello, los pediatras piensan nuevamente como primera posibilidad diagnóstica el Síndrome del Niño Maltratado. En el caso del sujeto 2 también se alerta al Juzgado de guardia para que se estudie la posibilidad de malos tratos.

El médico forense encargado de la valoración del caso, desde el punto de vista médico-legal, estudia a ambos hermanos por separado. En el sujeto 1 considera que los pequeños hematomas malares y las micropetequias son compatibles con el mecanismo lesivo contado por el padre. Por el contrario, piensa que las lesiones derivadas del traumatismo craneal (fracturas craneales y hematomas subdurales), requieren un mecanismo de mayor intensidad para superar el umbral de tolerancia de las estructuras óseas. Para llegar a esta deducción, parte de la base que no se ha encontrado ningún factor médico que favorezca este tipo de lesiones y que el hueso en el infante es más flexible y menos rígido. Por ello, hay mayor resistencia a la producción de fracturas.

El tiempo de consolidación ósea y formación del callo es de 30-40 días. Una vez formado el callo, no se puede estimar la antigüedad de la fractura. De forma que las fracturas costales pudieron producirse desde el mismo nacimiento hasta 40 días antes de la fecha en la que se objetivaron los callos por estudio radiológico.

A raíz de todo lo anterior, se decide quitarles la guardia y custodia de los hermanos a los progenitores, argumentando la gravedad de la situación y la necesidad de primar la protección de los menores. La tutela pasa a ser asumida por la Diputación, y posteriormente, es adjudicada a la abuela de los menores.

El caso es investigado por el juzgado de instrucción, quien acaba solicitando la transición a un juicio oral. El abogado de los progenitores envía un recurso de apelación al juzgado pidiendo que se dicte una nueva resolución y se revoque esa dada.

No obstante, el fiscal emite un auto indicando su interés en la apertura del juicio oral del caso. Ante la posibilidad de que se acepte el juicio por la vía penal, la defensa solicita la admisión de los medios necesarios para las pruebas que quieren conseguir. Más adelante, el juzgado de lo penal acepta que se lleve a cabo el juicio oral.

Durante el juicio oral, por parte de la Acusación, el perito forense considera que los 2 sujetos no presentan ninguna patología que pueda explicar sus lesiones (una patología vascular que justificase los hematomas o petequias o una patología ósea metabólica que favoreciese las fracturas). Asimismo, concluye que estas lesiones no pueden ser compatibles con un mecanismo accidental, sino que deben ser consecuencia de un traumatismo no accidental, ya sea intencionado o negligente.

El médico forense de la Defensa, por el contrario, opina que muchas de las alteraciones clínicas descritas (micropetequias, hematomas, ...) se pueden justificar como propias del curso evolutivo de los neonato-lactantes en el contexto de prematuridad. En relación a las fracturas costales, considera que pueden haberse producido por acción mecánica (y no necesariamente por traumatismos), durante los cuidados que requirieron ambos a nivel hospitalario y familiar. Estas últimas y el traumatismo craneal, pueden haberse producido por gestión poco adecuada de los menores, sin intencionalidad alguna.

A parte de estos informes periciales, se utilizan como pruebas el historial médico de ambos y la documentación clínica original (Radiografías, escáneres) facilitada por los progenitores.

La Defensa añade como prueba un Informe médico elaborado por un especialista en Neurología Infantil sobre el menor que sufrió el traumatismo craneoencefálico. En él se defiende la baja probabilidad de que se trate de un SBS, dada la falta de clínica neurológica aguda, la ausencia de secuelas (la exploración neurológica era normal) y de hemorragias subretinianas. Las colecciones subdurales típicas del SBS pueden haberse favorecido por la hidrocefalia externa benigna del menor. En otro informe posterior escrito por el mismo profesional, se constata en ambos hermanos una evolución neurológica normal, sin disfunción neurológica ni cognitiva. Este último también fue usado como prueba.

Una vez finalizado el juicio, la sentencia dictamina que el padre es culpable de un delito de violencia doméstica y de un delito de lesiones, siendo condenado a trabajos en beneficio de la comunidad y a prisión temporal. Se le inhabilita para ejercer la patria potestad sobre el sujeto 1 al que lesionó, así como se le prohíbe acercarse a él por un período de 3 años. La madre es sentenciada como culpable de un delito violencia doméstica y condenada a lo mismo que su marido, pero en relación con el sujeto 2 y por un período menor de tiempo.

Ante esta sentencia, los acusados solicitan un recurso de apelación. Más adelante, tras reanalizar el caso, la Audiencia Provincial elabora una nueva sentencia, desestimando la previa. En ella, la madre queda absuelta de los cargos que se le habían impuesto, y el padre, pasa a ser condenado únicamente por un delito de lesiones imprudentes, debiendo pagar una multa y teniendo prohibido acercarse al sujeto 1 por 3 años.

## **6.2 ANÁLISIS**

Las lesiones cutáneas presentes en los 2 infantes, cada una en diferentes momentos temporales, han ido acompañadas de una explicación por parte de los progenitores. En el sujeto 1, las micropetequias de la frente se justificaron como resultado de un llanto excesivo y los pequeños hematomas malares como consecuencia de un agarrón del padre de la cara del infante cuando se le escurrió en la bañera. En el sujeto 2, los padres explicaron que las micropetequias apagadas en el lateral del tórax podían ser por un volantazo que pegaron días antes con el coche cuando otro se puso en su camino.

Los médicos forenses involucrados en el caso, coincidieron en que este tipo de lesiones es de causa multifactorial. Por tanto, las explicaciones dadas por lo progenitores, podían ser compatibles con esas lesiones. Además, los 2 sujetos son prematuros, su organismo está menos maduro. Es por eso que a nivel vascular puede haber mayor fragilidad, facilitándose la rotura de pequeños vasos, y la aparición de las lesiones petequiales.

Las fracturas costales en lactantes son bastante sugestivas de maltrato (21) (39), por lo que su identificación nos debe hacer pensar en un posible abuso al menor. En este caso, la existencia de fracturas antiguas en los 2 hermanos, y el antecedente de traumatismo craneoencefálico en uno de ellos, son razones suficientes para plantearse la posibilidad

de malos tratos, sin darles a estos hallazgos carácter confirmatorio a favor del mismo. Se requiere indagar más en el contexto, la situación clínica en el presente y el pasado de los menores y las características de los progenitores para poder obtener mayor certeza de maltrato o, por el contrario, acabar descartándolo.

Es evidente que las fracturas costales se tuvieron que producir por acción mecánica, probablemente por mecanismo de compresión. La madre contó que le dio un agarrón al sujeto 2 en la bañera después de que se le resbalara. Los infantes presentan mayor flexibilidad y menor rigidez ósea, por lo que la fuerza ejercida por la madre en esa ocasión parece insuficiente para producirlas. Además, en ninguno de los dos lactantes se identificaron alteraciones analíticas o fenotípicas indicativas de alguna enfermedad ósea metabólica. La densitometría ósea que se les hizo también fue normal. Esto último, junto a la flexibilidad ósea típica en infantes, orienta hacia la necesidad de un mecanismo de mayor energía para producir estas lesiones, como podría ser la compresión que se hace al agarrar por el tórax al lactante y sacudirlo de forma violenta.

No obstante, de acuerdo a lo que dice el informe del Neurólogo infantil, existe bibliografía que habla sobre fragilidad ósea relacionada con la prematuridad y no vinculada a ninguna enfermedad. Esta debilidad, en caso de ser cierta, podría justificar una mayor facilidad para la fractura ósea. Si se sigue esta vertiente de pensamiento, podría llegar a aceptarse como verdadero mecanismo productor el contado por la madre. En caso de hacerlo, habría que valorar la falta de intencionalidad que cuenta la madre a la hora de provocar las fracturas.

Por otra parte, la presencia de callos de fractura implica antigüedad y dificultad para establecer la cronología de su producción. Como indica uno de los peritos, el límite de tiempo en el que se pudieron producir abarca desde el nacimiento hasta 40 días antes de su detección por pruebas radiológicas (la aparición de callo de fractura se da a los 30-40 días aproximadamente). Asimismo, no hay ninguna historia o suceso que explique cómo se pudieron producir. Tampoco fueron detectadas en las múltiples exploraciones que se les hicieron a los infantes durante su seguimiento. Por ello, cabe pensar que estas fracturas fueron asintomáticas.

El no poder estimar la antigüedad de las fracturas costales en ambos hermanos, extiende el abanico de posibles autores más allá de los padres. Hay que recordar que

ambos sujetos estuvieron ingresados en el hospital durante un tiempo tras su nacimiento, al cuidado del personal sanitario. Por tanto, las fracturas también podrían haber sido de causa iatrogénica. Asimismo, a pesar de nacer por cesárea, existe la posibilidad de que las fracturas en los dos se produjeran durante el propio procedimiento. Es verdad que se realizó una radiografía torácica tras el nacimiento, pero en muchos casos de fracturas costales por parto traumático, la prueba radiológica es normal en el momento agudo. Posteriormente, no se realizó ninguna radiografía más hasta el momento del diagnóstico de las fracturas en ambos infantes. En consecuencia, no es posible determinar la situación, ni el tiempo, ni el autor o autores de estas lesiones en los sujetos. Por tanto, para posicionarse a favor o en contra del maltrato paterno y/o materno, habría que valorar los otros hallazgos clínicos del caso y su contextualización.

Por otro lado, está el traumatismo craneoencefálico sufrido por el sujeto 1. Según sus padres, este sucedió por una caída desde baja altura (unos 43 cm). En este tipo de traumatismo accidental es improbable que se produzcan lesiones intracraneales severas. Las lesiones son generalmente focales. En el caso de haber fracturas craneales presentes, estas suelen ser lineales (19) (21) (23). En el informe del TAC realizado en urgencias, se describe un hematoma de partes blandas a nivel temporoparietal derecha con colección hemática de aspecto subdural, diástasis de suturas craneales, y una imagen lineal en el hueso parietal derecho compatible con sutura accesoria diastática, sin poder descartar que sea una fractura lineal. El hematoma de partes blandas, orienta hacia un traumatismo contuso directo en la región parietal derecha. Las múltiples colecciones subdurales podrían parecer excesivas ante la contusión narrada por los padres, pero en el informe radiológico se expone la compatibilidad con una hidrocefalia externa benigna. Esta situación clínica predispone al desarrollo de colecciones de líquido a nivel subdural, por lo que la cantidad de agrupaciones subdurales detectadas podría ser comprensible. Tanto la hidrocefalia como el Síndrome del Niño Maltratado pueden ser una causa de diástasis de las suturas craneales.

En los siguientes TAC craneales se identificaron líneas de fractura de localización fronto-temporoparietal derecha y parietal izquierda.

La existencia de líneas de fractura bilaterales puede llevar a pensar, por lógica, en la necesidad de contusión o aplicación de fuerza en ambos lados del cráneo, como indicó el perito forense de la Acusación. Sin embargo, en el TAC de urgencias inicial no se objetiva línea de fractura en el hueso parietal izquierdo, ni tampoco lesión de partes blandas en esa localización. En el parietal derecho, por el contrario, si se detecta una posible línea de fractura y una lesión de partes blandas. Es la presencia de esta última en el lado derecho y su ausencia en el lado izquierdo, lo que hace inclinarme más hacía una clara contusión directa a nivel parietal derecho y no un traumatismo en ambos parietales. Este tipo de traumatismo podría producirse en el contexto de una caída a baja altura.

Con el traumatismo craneoencefálico ocurre lo mismo que con las fracturas costales: chocan la teoría de una mayor flexibilidad ósea en los infantes y la ausencia de factores de enfermedad metabólica ósea con la fragilidad ósea asociada únicamente a la prematuridad.

Como viene indicado en el Informe del Neurólogo infantil, en los casos de malos tratos, en un contexto de SBS o, mejor dicho, AHT, suele haber afectación neurológica, hemorragias subretinianas hasta en un 85% (19) y hematomas subdurales (8) (18) (19) (21) (22) (23). Tras el traumatismo craneal, el sujeto 1 tuvo en todo momento una exploración neurológica normal, sin secuelas neurológicas a posteriori. No se le detectaron hemorragias retinianas, y presentó varias colecciones subdurales que pudieron ser favorecidas por su hidrocefalia externa benigna. Como se puede ver, las características del cuadro del infante no son muy coincidentes con los hallazgos típicos de un AHT. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio oftalmológico se realizó a las pocas semanas del episodio. Por ello, cabe la posibilidad de haber tenido el sujeto 1 hemorragias retinianas, pero que estas hubieran desaparecido en el momento de la exploración. Aun así, los hallazgos objetivados siguen siendo, por si solos, poco sugestivos de un AHT.

Aunando todo lo explicado sobre el traumatismo craneoencefálico del menor, el carácter accidental del suceso parece plausible, sin poderse confirmar, ni descartar al 100% un origen intencionado.

La posible compatibilidad de las lesiones con la explicación del padre, no quita otro hecho: el sujeto 1 estaba en el sofá, sólo y sin ningún tipo de soporte de seguridad que impidiera su caída. Esta actitud del progenitor puede considerarse negligente.

En referencia al perfil de los padres, tenemos los siguientes hechos: ambos cumplieron con las indicaciones que les marcaron para el seguimiento de sus hijos, llevándoles a todas las consultas citadas; con el sujeto 2, hubo numerosas visitas en al Servicio de Urgencias Pediátricas por situaciones clínicas que, inicialmente, no parecían implicar gravedad (vómitos no biliosos, episodios de espasmo del sollozo, ...). Todas ellas en el período de un mes; en los evolutivos escritos en su Centro de Salud, en repetidas ocasiones estaba puesto: “*Detectado problema social, No. Problemas detectados, Ninguno*”; tras el traumatismo craneal del sujeto 1 el padre directamente lo llevó a Urgencias Pediátricas.

Todas estas acciones y elementos, indican una preocupación y atención por la salud de sus hijos. Es una característica que no concuerda mucho con el perfil de unos padres que ejercen maltrato: No ha habido retraso a la hora de buscar atención sanitaria; no han mostrado indiferencia ante la salud de sus hijos; en algunas lesiones que se les ha detectado a los menores, han admitido haberlas provocado ellos, aunque accidentalmente (los hematomas malares por un agarrón, la posibilidad de fracturar las costillas por otro agarrón).

Por todo lo explicado hasta este punto, no me parece que existan pruebas ni hechos suficientes para confirmar que los infantes sufrieron malos tratos a manos de sus padres. Por tanto, la posición que adopto es a favor de la inocencia de los progenitores ante la acusación de maltrato.

Esta postura puede parecer contradictoria si se compara con el importante infradiagnóstico en el maltrato o la negligencia. No obstante, una cosa no quita la otra. Hay muchos casos de malos tratos que no se identifican. También hay otros que se sospechan, pero que en realidad no son maltrato o, por lo menos, no ha habido intencionalidad en ellos.

A pesar de considerar que los padres no maltrataron a sus hijos, hay alguna de sus actitudes que pueden parecer algo negligentes. Por una parte, en el momento del traumatismo, el sujeto 1 estaba en el sofá, solo, sin una estructura de agarre que evitase

su caída. Por otra parte, si el volantazo con el coche fuera la causa del hematoma y petequias del sujeto 2 en el lateral del tórax, este no habría ido colocado como indican las normas de seguridad vial. Por lo menos, esto es lo que aseguraba uno de los médicos forenses del caso. Los agarrones a ambos infantes en la bañera, también pueden ser indicativos de negligencia.

Coincido en que esos comportamientos han podido ser negligentes e imprudentes, pero pienso que se han desarrollado sin ninguna intencionalidad y que han podido derivar de la ignorancia de los padres con respecto a las consecuencias posibles. Por eso, opino que la primera condena es injusta. Además, no sabría decir si esas conductas negligentes llegan al punto de requerir una condena como la que recibió el padre en la segunda sentencia.

Ante los ejemplos de negligencia que he mencionado, creo que la primera actitud sería valorar si se han realizado intencionadamente o no. Si han sido actos sin malas intenciones, lo primordial debería ser que los profesionales sanitarios educaran a los padres. Sería recomendable indicarles que acciones deben evitar, y como deben actuar ante diferentes situaciones en las que puedan considerar que la vida de su hijo corre peligro. Por ejemplo, cuando presencian un BRUE, como está indicado realizar las maniobras de reanimación.

Este caso judicializado es ejemplo de la subjetividad que rodea la investigación de los casos de maltrato. Habrá situaciones muy evidentes, en las que los hallazgos clínico-radiológicos, los factores familiares y sociales serán compatibles con malos tratos, y las dudas serán mínimas. Sin embargo, habrá otros en los que los hechos no serán tan claros.

En el caso analizado, inicialmente los hallazgos clínicos y radiológicos nos pueden decantar por malos tratos. Pero al hacer una valoración más general, uno puede observar ciertos factores (explicados en los párrafos de arriba) que no concuerdan del todo con una situación de abuso. Por esta razón, siempre habrá que hacer una evaluación lo más global y completa posible, barajando y descartando progresivamente las distintas posibilidades etiológicas.



Es imprescindible preservar la protección del menor, pero también hay que intentar dañar lo menos posible a los progenitores. Lamentablemente, en bastantes ocasiones, es inevitable ese daño.

## **7. CONCLUSIONES**

El término Síndrome del Bebe Sacudido limita el mecanismo causal a las simples sacudidas al infante. Otros mecanismos también pueden producir las lesiones características del síndrome (hematoma subdural, hemorragia retiniana, lesión cerebral), como el impacto, o la conjunción de sacudidas más impacto. En consecuencia, se desarrolló el concepto de Traumatismo craneal abusivo, en el que se incluyen otros posibles mecanismos causales a parte del zarandeo. Con este nuevo término, ante la sospecha de un traumatismo craneal intencionado en el menor, se podrán sopesar varios mecanismos causales (sin cerrarse solo a las sacudidas), tanto a nivel sanitario, como a nivel judicial. Por todo ello, es recomendable cambiar el SBS por el AHT.

En el contexto de AHT, la subjetividad intrapersonal produce que cada profesional pueda tener un nivel de sospecha de abuso diferente ante un mismo caso. La aplicación de una herramienta predictora objetiva que permita orientar el grado de sospecha, podría reducir esa variabilidad interpersonal y ayudar a estandarizar la toma de decisiones ante estas situaciones. La utilidad de este tipo de medida dependerá de la sensibilidad y especificidad que tenga como prueba diagnóstica, y la aplicabilidad que pueda tener en la práctica clínica habitual. Actualmente, se están elaborando y validando varias herramientas (PredAHT, PediBIRN) con este objetivo.

Esta variabilidad explicada también se produce en la evaluación de maltrato en general, por lo que el estudio desde diferentes puntos de vista y por distintos profesionales, podría ofrecer una mayor perspectiva y llevar a un punto intermedio y común la interpretación variable individual del caso. Además, es necesario que todos los pediatras sean instruidos y tengan los conocimientos necesarios que les permitan detectar signos de un maltrato o abuso.

En el maltrato infantil existen hallazgos y lesiones que son más sugestivos de un abuso (como hematomas subdurales y hemorragias retinianas ante un posible traumatismo craneal abusivo). Pero ninguno de ellos es específico y diagnóstico de esta entidad. La valoración inicial de un posible caso de maltrato se realizará por un equipo multidisciplinar compuesto por pediatras, enfermeras y otras especialidades médicas, radiológicas y quirúrgicas que sean necesarias para evaluar apropiadamente al menor.

Para alcanzar la mayor certeza posible en el diagnóstico de maltrato, es imprescindible la participación y colaboración de los Servicios Sociales, quienes aportaran información sobre características de la familia y el contexto social que rodea al niño. En otras palabras, los hallazgos que pueden sugerir un abuso deben ser siempre contrastados con el ambiente social del menor, las actitudes de los padres y los antecedentes familiares y personales, valorando siempre todas las posibilidades causales. De esta forma, conseguimos un marco mucho más completo para comprender las características del menor, y de las personas y circunstancias que le rodean. Para preservar la seguridad del niño, en caso de considerarlo necesario, podría extenderse la participación al Servicio Judicial.

Muchos casos de maltrato infantil no llegan a ser identificados, sobre todo aquellos menos claros. Por ello, el umbral para su sospecha debe ser bajo. El pediatra tiene que prestar atención y aprender a identificar aquellas lesiones centinelas que, aunque parezcan irrelevantes, pueden esconder los inicios de un abuso que puede ir en aumento. Esta labor debe potenciarse, sobre todo, en los pediatras de atención primaria, ya que son los que siguen periódicamente al menor, y conocen mejor a la familia.

Para conseguir esto, sería beneficioso desarrollar más la colaboración entre la Sanidad y los Servicios Sociales, y llevar a cabo reuniones multidisciplinarias entre los profesionales de ambas entidades (en Guipúzcoa no se hacen). Si los Servicios Sociales permitieran al pediatra acceder a la situación social de un paciente de su cupo, este podría hacer una valoración partiendo de una perspectiva más global. De esta forma, se podría facilitar la detección precoz de un maltrato o de un potencial maltrato.

Es necesario un protocolo elaborado y consensuado por todas las disciplinas que puedan involucrarse en el manejo de una posible situación de malos tratos. La falta de

participación de uno de los Servicios, como ocurre en el protocolo de Guipúzcoa, dificulta la comunicación interdisciplinar, la activación de las diferentes diligencias y puede llevar a errores de procedimiento. Sin un acuerdo entre los 3 Servicios principales (Servicio Sanitario, Servicio Social y Servicio Judicial), no se conseguirá estandarizar adecuadamente la actuación integral y eficiente del manejo del menor.

Este trabajo es un llamamiento a la necesidad de solventar los defectos presentes a la hora de identificar y manejar el maltrato en el menor, de establecer unas pautas de actuación comunes para todos los Servicios y de concienciar sobre las dificultades y las repercusiones que su evaluación conlleva.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ministerio de Justicia (ES). Actuación en la atención a menores víctimas en los institutos de medicina legal y ciencias forenses [Internet]. Madrid: Ministerio de Justicia; 2018 [fecha de consulta 20/04/2021]. 68 p. Disponible en: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5688\\_d\\_ActuacionAtencionMenoresVictimas.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5688_d_ActuacionAtencionMenoresVictimas.pdf)
- (2) Osakidetza; Diputación Foral de Gipuzkoa, Departamento de Política Social. Protocolo de actuación ante situaciones de desprotección a la infancia y adolescencia (notificación y abordaje) entre servicios sanitarios y servicios sociales. [S.l.]: [s.n.]; 2014. 159 p.
- (3) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [31/1/21]. Maltrato Infantil; [Aproximadamente 7 pantallas]. Disponible en: [Maltrato infantil \(who.int\)](https://www.who.int/es/publications/maltrato-infantil)
- (4) Lucinda J, Dykes MD. The whiplash shaken infant syndrome: What has been learned? Child Abuse & Neglect. 1986;10(2):211-221.
- (5) Ludwig S, Warman M. Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. Ann Emerg Med. 1984; 13(2): 104-107
- (6) McClelland CQ, ReKate H, Kaufman B, Persse L. Cerebral Injury in Child Abuse: A Changing Profile. Childs Brain. 1980;7(5):225-235.

- (7) Zimmerman RA, Bilaniuk LT, Bruce D, Schut L, Uzzell B, Goldberg HI. Computed Tomography of Cranocerebral Injury in the Abused Child. *Radiology*. 1979;130(3):687-690.
- (8) Gabaeff SC. Exploring the controversy in child abuse pediatrics and false accusations of abuse. *Legal Medicine*. 2016; 18: 90-97.
- (9) Tuerkheimer D. The Next Innocence Project: Shaken Baby Syndrome and the Criminal Courts. *WASH. U. L. REV.* 2009;87(1):1-58.
- (10) Wrennall L, Bache B, Pragnell C, Cohen M. Carta Abierta sobre el Síndrome del Bebé Sacudido y los Tribunales: Una Premisa Falsa y Defectuosa. *Revista Electrónica de Autopsia*. 2015;13(1):13-16.
- (11) Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wisner R. The shaken baby syndrome A clinical, pathological, and biomechanical study. *JNS*. 1987;66(3):409-415.
- (12) Cory CZ, Jones Beng MD. Can shaking alone cause fatal brain injury? A biomechanical assessment of the Duhaime shaken baby syndrome model. *Med Sci Law*. 2003;43(4):317-333.
- (13) Finnie JW, Blumbergs PC, Manavis J, Turner RJ, Helps S, Vink R, et al. Neuropathological changes in a lamb model of non-accidental head injury (the shaken baby syndrome). *J Clin Neurosci*. 2012;19(8):1159-1164.
- (14) Gilliland MG. Interval duration between injury and severe symptoms in nonaccidental head trauma in infants and young children. *J Forensic Sci*. 1998;43(3):723-725
- (15) Plunkett J. Fatal pediatric head injuries caused by short-distance falls. *Am. J. Forensic Med*. 2001;22(1):1-12.
- (16) Vinchon M. Shaken baby syndrome: what certainty do we have?. *Childs Nerv Syst*. 2017;33(10):1727-1733.
- (17) Johnson DL, Braun D, Friendly D. Accidental head trauma and retinal hemorrhage. *Neurosurgery*. 1993;33(2):231-234.
- (18) Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, Palusci VJ, Hedlund GL, Narang SK, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr. Radiol*. 2018;48(8):1048-1065.
- (19) Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J, COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*. 2020;145(4)
- (20) Joyce T, Gossman W, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma. StatPearls [Internet]. 2021 [consulta, 18/12/2020]. Disponible en: [Pediatric Abusive Head Trauma - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39211111/)

- (21) Duhaime A, Christian CW. Abusive head trauma: evidence, obfuscation, and informed management. *J Neurosurg Pediatr.* 2019;24(5):481-488.
- (22) Uptodate [Internet]. Waltham: Uptodate; 2020 [consulta, 9/1/2021] Child abuse: Evaluation and diagnosis of abusive head trauma in infants and children, Disponible en: [Child abuse: Evaluation and diagnosis of abusive head trauma in infants and children - UpToDate](#)
- (23) Uptodate [Internet]. Waltham: Uptodate; 2020 [consulta, 9/1/2021] Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children, Disponible en: [Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children - UpToDate](#)
- (24) Wittschieber D, Karger B, Pfeiffer H, Hahnemann ML. Understanding subdural Collections in Pediatric Abusive Head Trauma. 2019;40(3):388-395.
- (25) Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, Plint AC. Clinical and Radiographic Characteristics Associated With Abusive and Nonabusive Head Trauma: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2012;130(2):315-323.
- (26) Hymel KP, Armijo-García V, Foster R, Frazier TN, Stoiko M, Christie LM, et al. Validation of a clinical prediction rule for pediatric abusive head trauma. *Pediatrics.* 2014;134(6):1537-1544.
- (27) Hymel KP, Herman BE, Narang SK, Graf JM, Frazier TN, Stoiko M, et al. Potential Impact of a Validated Screening Tool for Pediatric Abusive Head Trauma. *J Pediatr.* 2015;167(6):1375-1381.
- (28) Pfeiffer H, Crowe L, Kemp AM, Cowley LE, Smith AS, Babl FE. Clinical prediction rules for abusive head trauma: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2018;103(8):776-783.
- (29) Cowley LE, Morris CB, Maguire SA, Farewell DM, Kemp AM. Validation of a Prediction Tool for Abusive Head Trauma. *Pediatrics.* 2015;136(2):290-298. Gvbbb
- (30) Cowley LE, Maguire S, Farewell DM, Quinn-Scoggins HD, Flynn MO, Kemp AM. Acceptability of the Predicting Abusive Head Trauma (PredAHT) clinical prediction tool: A qualitative study with child protection professionals. *Child Abuse Negl.* 2018;81:192-205.
- (31) Brown CL, Yilanli M, Rabbitt AL. Child Physical Abuse And Neglect. StatPearls [Internet]. 2020[consulta, 28/1/21]. Disponible en: [Child Physical Abuse And Neglect - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
- (32) Eckenrode J, Ccampa MI, Morris PA, Henderson Jr CR, Bolger KE, Kitzman H, et al. The Prevention of Child Maltreatment Through The Nurse Family Partnership

Program: Mediating Effects in a Long-Term Follow-Up Study. *Child Maltreat.* 2017;22(2):92-99.

- (33) Uptodate [Internet]. Walthman: Uptodate; 2020 [consulta, 11/1/21] Physical child abuse: Diagnostic evaluation and management, Disponible en: [Physical child abuse: Diagnostic evaluation and management - UpToDate](#)
- (34) Gonzalez D, Mirabal AB, McCall JD. Child Abuse And Neglect. StatPearls [Internet]. 2020[consulta, 28/1/21]. Disponible en: [Child Abuse and Neglect - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
- (35) Lindberg DM, Lindsell CJ, Shapiro RA. Variability in Expert Assessments of Child Physical Abuse Likelihood. *Pediatrics.* 2008;121(4):945-953.
- (36) Uptodate [Internet]. Walthman: Uptodate: 2020 [consulta, 13/3/21] Physical child abuse: Recognition. Disponible en: [Physical child abuse: Recognition - UpToDate](#)
- (37) Expert Panel on Pediatric Imaging: Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, Anupindi SA, Blount JP, Booth TN. ACR Appropriateness Criteria<sup>®</sup> Suspected Physical Abuse-Child. *J Am Coll Radiol.* 2017;14(5S):338-349
- (38) Escobar Jr MA, Wallenstein KG, Christison-Lagay ER, Naiditch JA, Petty JK. Child abuse and the pediatric surgeon: A position statement from the Trauma Committee, the Board of Governors and the Membership of the American Pediatric Surgical Association. *J Pediatr Surg.* 2019;54(7):1277-1285.
- (39) Uptodate [Internet]. Walthman: Uptodate: 2020 [consulta, 12/1/21]. Differential diagnosis of suspected child physical abuse. Disponible en: [Differential diagnosis of suspected child physical abuse - UpToDate](#)
- (40) Danaher F, Vandeven A, Blanchard A, Newton AW. Recognizing, diagnosing, and preventing child maltreatment: an update for pediatric clinicians. *Curr Opin Pediatr.* 2018;30(4):582-590.